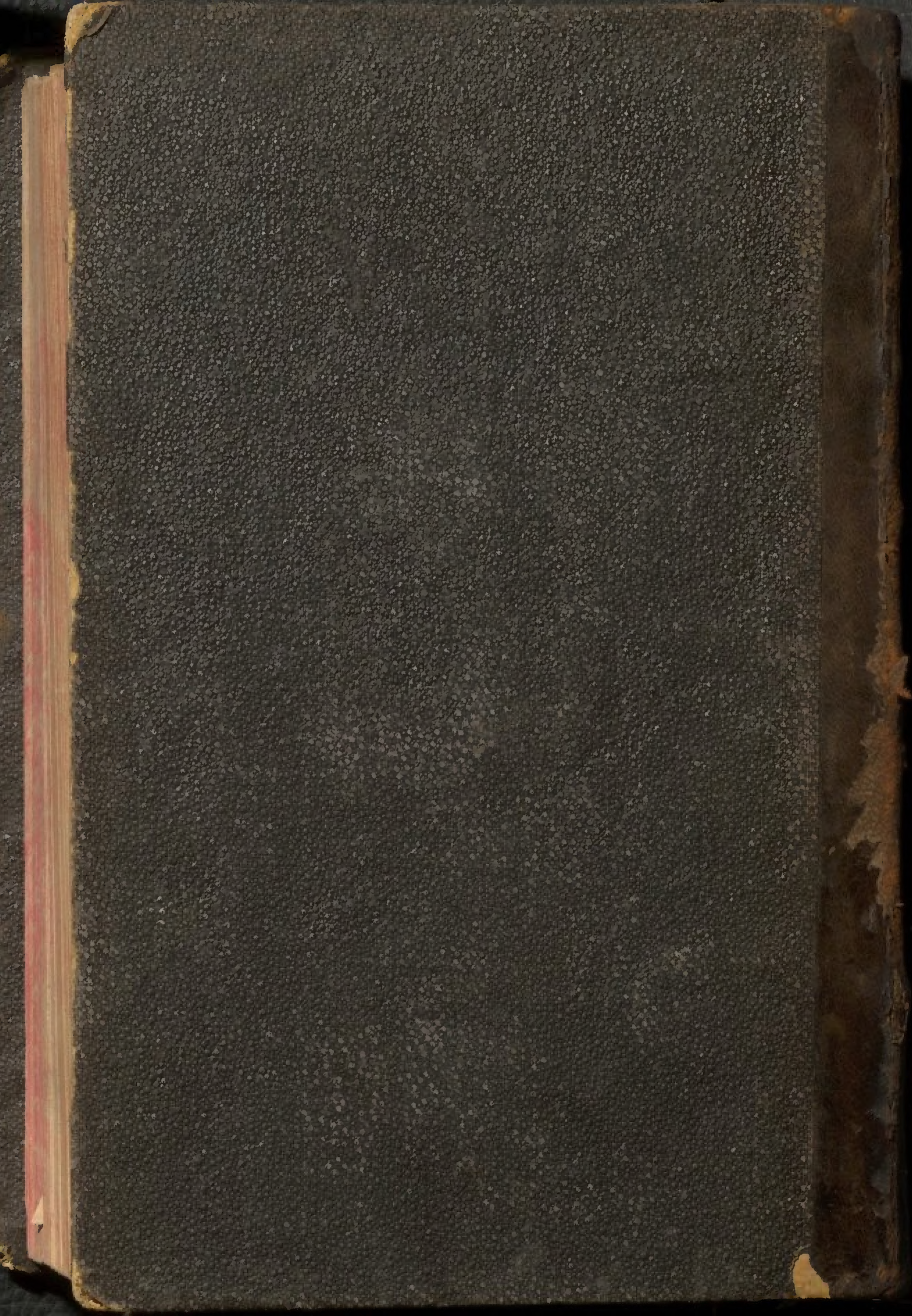
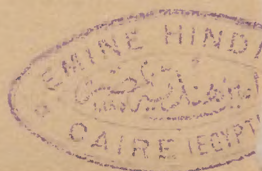
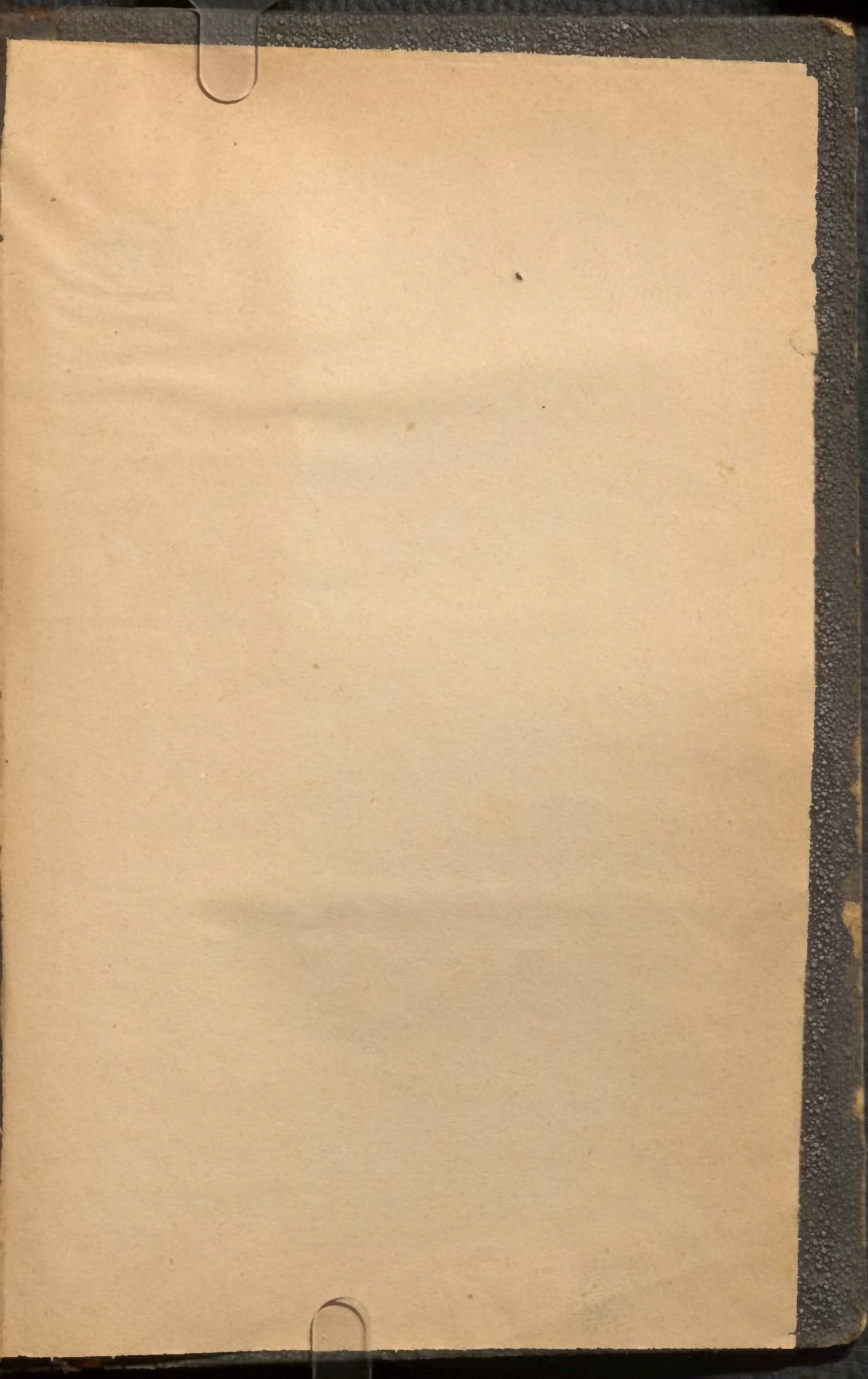


Wâsâ'il al-ibti-
-hâj fi at-tibb
al-bâtini wâl-
'ilâj.
by
Sâlim bey
(Professor at the
medical College,
Cairo).
4 vols. (vol 3 imperf
Cairo 1296-8 AH



Treatise on
internal medicine
and treatment

1878-80



فهرست الجزء الثالث

من وسائل الابتهاج

في الطب الباطني

والعلاج

صحيفه

صحيفة

صحيفه

صحيفه

صحيفة

صحيفة

صحيفه

صحيفة

صحيفة

صحيفة

صحيفه

صحيفة

صحيفه

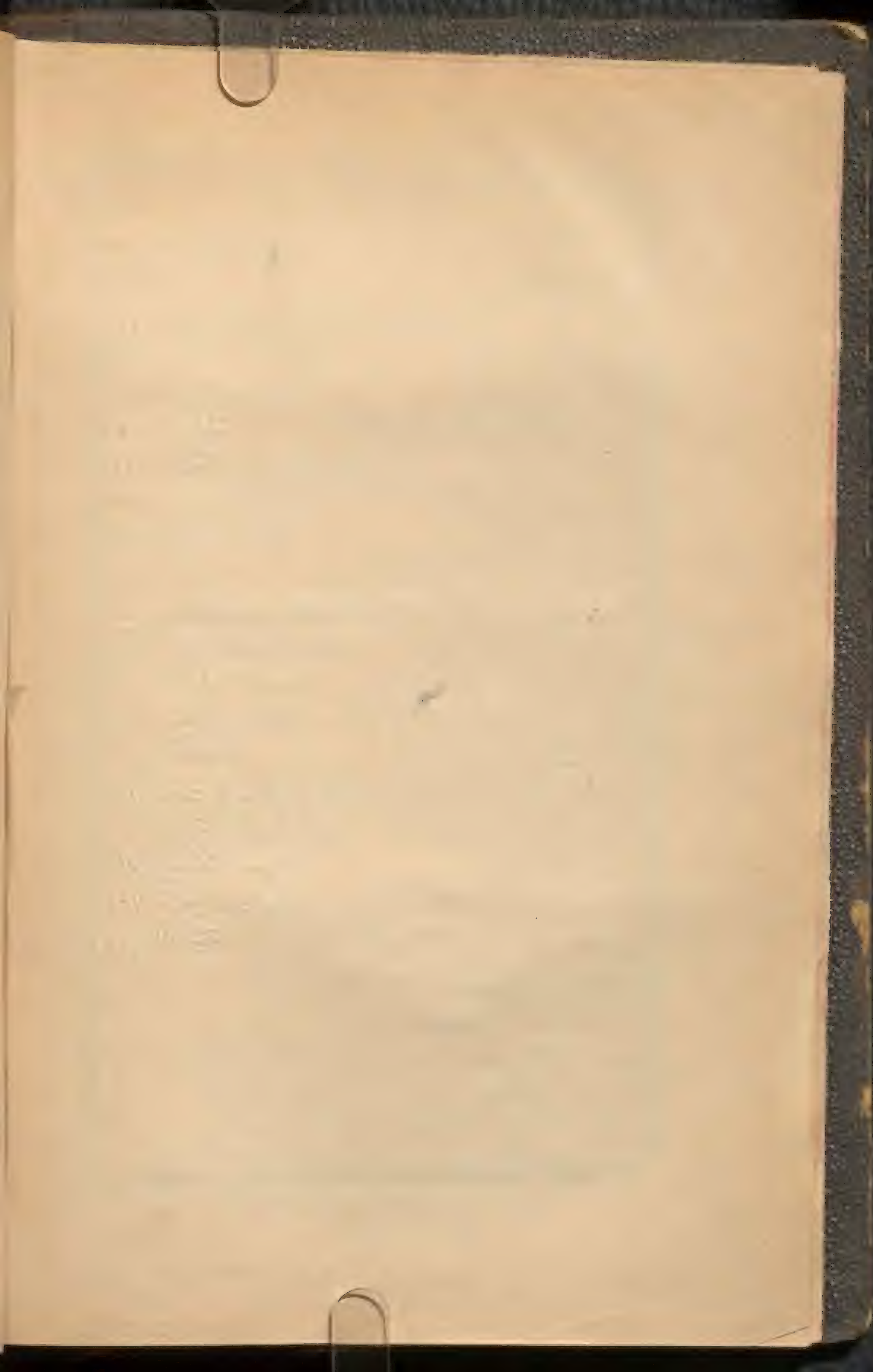
صحيفة

صحيفه

صحيفة

صحيفة

صحيفة



الجزء الثالث من وسائل الابتهاج فى الطب الباطنى

والعلاج ترجمة وتأليف الطبيب الحاذق الريس

الدكتور حضرة عزتلو سالم بيك سالم

معلم علم الامراض

الباطنية بالمدرسه

السنية الطبية

المصرية

م

بسم الله الرحمن الرحيم

المقالة الثالثة

فى أمراض الاعضاء البولية

الفصل الاول فى أمراض الكلية

المبحث الاول فى احتقان الكلية

لا ينبغى اختلاط الاحتقان الكلوى وتتائجه بالتغيرات الالتهابيـة لهـذا العضو وجعلهما شيئا واحدا وان كان فى كل من هاتين الحالتين المرضيتين توجد بعض اعراض متشابهة كظهور الدم والمواد الزلالية فى البول وتكونات مخصوصة ميكرسكوپيـه تعرف بالانابيب الليفية ولو كان تمييز الاحتقان البسيط عن هذه التغيرات الالتهابية مدة الحياة غير ممكن غالبا

(كيفية الظهور والاسباب)

يلزم لاجـل فهم كيفية ظهور الاحتقان الـكلوى وأسبابه واعراضه فهما فسيولوجيا معرفة أحوال الدورة الطبيعية فى الـكلية والفضـل فى تحقيق

آراء الاقدمين واتمامها على الدورة الكلوية للمعلم فرجوف حيث قال انه ينشأ تبعا لتجاربه من جزء من الشرايين الكلوية الخاصة بالاجزاء المتوسطة والظاهرة للجوهر القشرى الكلوى فريعات واردة تنفذ فى المحافظ الملجية وهناك تتفرع وتنقسم وتتعرج مكونة للفايف الوعائية ثم تخرج من هذه المحافظ على هيئة أوعية صادرة وحينئذ تتعرج ثانيا ثم تنضم الى الاوردة الكلوية وزيادة عن ذلك يوجد بين الجوهر القشرى والهرمى أوعية مشتركة وهى فريعات شريانية ينشأ منها من جهة أوعية واردة تتكون عنها لفايف وعائية وأوعية صادرة ممتدة فى الجوهر القشرى والهرمى ومن جهة أخرى ينشأ منها أوعية مغذية تنبث فى جوهر الكلية النخاعى وبالجملة يوجد جملة فريعات انتهائية للشرايين الكلوية لا ينشأ منها لفايف وعائية بل أوعية مغذية خاصة للجوهر المذكور

فحينئذ الدم الذى يمر من اللفايف الوعائية يكابد فى مروره مقاومة أعظم من الدم الذى يمر من الشرايين الى الاوعية الشعرية المغذية بدون واسطة وحيث ان ضغط العامود الدموى فى الشريان الكلوى عظيم جدا فى الحالة الطبيعية بسبب قصر هذا الشريان واتساعه فتى ازداد ضغط العامود الدموى فى الشرايين الكلوية ينتج عنه احتقان فى الاجزاء التى فيها يكابد الدم مقاومة عظيمة أعنى فى الجوهر القشرى خصوصا فى اللفايف الوعائية وأما الاجزاء التى تكون فيها المقاومة قليلة أعنى فى الجوهر النخاعى فيحصل فيها فقط سرعة فى الدورة وأما كمية الدم فلا تزداد فيها وينعكس الامر اذا حصل عوق فى سيلان الدم من الاوردة الكلوية فانه حينئذ يزداد تراكم الدم فى الاوردة والاوعية الشعرية ولا يمتد الى الاوعية الضيقة المتعرجة الصادرة من المحافظ الملجية واللفايف الوعائية التى فيها وحيث ان امتلاء الشرايين الكلوية فى جميع الاحوال المرضية التى يعاق فيها سيلان الدم من الاوردة الكلوية خصوصا فى أمراض القلب والرئتين فمن الواضح وجود اللفايف الوعائية قليلة الامتلاء فى جميع أحوال الاحتقان الاحتباسى وحينئذ يكون افراز البول قليلا

ومن الجائز ان للمؤثرات العصبية بعض مدخل فى ذلك فان الاوعية الشعرية

الكلوية كما فى غير هذا العضو من الاعضاء تتنوع حالة امتلائها بالمؤثرات العصبية

ثم ان الاحتقان الكلوى قد يكون متعديا أى تواردياً وقد يكون قاصرا أى احتباسيا فمن أسباب التواردى الامتلاء الدموى العام الوقتى الذى ينتج عن تعاطى مقدار عظيم من المشروبات والاحتقان فى هذا الشكل يكون غالبا كثير الوضوح فى الاجزاء المفرزة للكليتين والافراز البولى الغزير الذى يحصل من امتلاء اللفايف الوعائية المليجية يكون واسطة فى تعادل الامتلاء الدموى العام ومنها ضخامة البطين الايسر للقلب بسبب امتلاء المجموع الشريانى واللفايف الوعائية الكلوية تبع الذلك مالم تصحب بعوائق دورية عظيمة ومنها الضغط الواقع على الاورطى أو الشريان الحرقفى الاصلى بواسطة أورام فى البطن أو الرحم المتمدد مدة الحمل وهذا الشكل من الاحتقان يسمى بالاحتقان التواردى التقممى الجانبى ومن هذا القبيل الاحتقان الكلوى الذى يحصل مدة القشعريرة فى الحميات المتقطعة ويكون ناتجا عن اضطراب الدورة فى المجموع الشعرى الجلدى

وفى الدور الثانى لداء بريكت يحصل هذا الاحتقان أيضا بسبب الضغط الواقع على أوعية الجوهر القشرى بواسطة القنوات البولية المتمددة فيحصل حينئذ احتقان تقممى جانبى عظيم فى الجوهر النخاعى ومنها ان هذا الاحتقان قد ينتج عن تمدد فى الاوعية الشريانية الكلوية بسبب شلل اليافها العضلية ويتضح ذلك فى الامراض التشنجيه بالافراز البولى الصافى الغزير جدا (المسمى بالبول التشنجى) ومنها أن الاحتقان الكلوى التواردى يحصل بجوار التولدات الجديدة أو البورات الالتهابية فى الكليتين وفى مثل هذه الاحوال يوجه بالاسترخاء الذى يحصل فى جوهر الكلية وبالتمدد التابعى للاوعية الشعرية بسبب لين المنسوج المحيط بها فلا يقاومها والظاهر أن الاحتقان الكلوى الذى يعقب استعمال الذراريح وبلسم الكوباى أو جواهر مهيجة أخرى يحصل بهذه الكيفية فيوجه بها كما يوجه الاحتقان الكلوى الذى يصحب الامراض التسممية العامة سيما التيفوس والقرمزية والحصبة ومع ذلك فان الاصابات الكلوية التى تظهر

فى أثناء سير الامراض المذكورة لا ينسب جميعها لمجرد الاحتقان الكلوى بل معظمها ينسب للاستحالة الكلوية الجوهرية التى ستذكر فى المبحث السابع وتحصل ولابد بدون حصول احتقان كلوى وعين ذلك يقال فى اصابة الكلى التى تحصل فى أثناء الحمل

وأما الاحتقان الكلوى الاحتباسى أو التقهقرى فغالبا يحدث من نفس الاسباب التى ينشأ عنها الاحتقان الكبدى الاحتباسى ولذلك يصحبه كثيرا فيحصل الاحتقان الكلوى الاحتباسى من عدة أسباب منها الآفات العضوية للصمامات القلبية الغير المتعادلة ومنها التغيرات الجوهرية للقلب اذا حصل منها ضعف فى فعل القلب حالة النهوكة ومنها أمراض الرئتين التى ينشأ عنها انضغاط وانسداد فى الفريعات الشعرية الرئوية ومنها الاحوال التى يحصل فيها عائق فى انجذاب الدم نحو الصدر وورود اليه كما يكون ذلك عند فعل المجهودات الزفيرية الناتجة عن ضيق فى المسالك الهوائية ومنها ضيق أو انسداد كل من الوريد الاجوف السفلى أو الوريد الكلوى اما عقب الضغط الواقع عليهما أو انسدادهما بتعقدات دموية وهذا الشكل نادر الحصول واذا حصل يبلغ أقصى درجة من الشدة

(الصفات التشريحية)

الكلية المحتقنة تظهر فى الاحوال الحديثة ذات لون أحمر داكن كثيرا أو قليلا متزايدة الحجم اما بسبب تمدد أوعيتها أو ارتشاح منسوجها بالمصل وينتج عن أوذيما جوهر هذا العضو أو المنسوج الخلوى تحت المحفظة رخاوة ولين وسهولة انفصال المحفظة عنه وفى الاحوال التى فيها تكون الاوعية الملتفة ممتلئة امتلاء عظيما بالدم يشاهد انها كثيرة الوضوح عند دشق المحافظ الملجية على هيئة نقط محمرة داكنة

وفى احوال الاحتقانات المزمنة لاسيما الاحتقانات الكلوية الاحتباسية كالناتجة عن امراض القلب او الرئة يظهر فى الكلية اضطرابات غذائية اخرى فتوجد الكلية قليلة الازدياد فى الحجم أو تشاهد فى حجمها الطبيعى أو ناقصة عنه وذات مقاومة متزايدة ولون احمر مستو وبالبحث بالمكرسكوب يوجد تغير واضح عبارة عن نمو فى الجوهر الخلالى مع تراكم غزير فيه من

جسيمات لينفاوية وقد يشاهد أحيانا فى بعض الاصفار تفلس فى الطبقة البشرية المتغيرة للقنوات البولية وعقب انفصالها تهبط القنوات البولية المتقذفة هى منها على نفسها فيصير سطح الكلية غير مستو ويشاهد فيه انبعاجات سطحية تارة وتارة غائرة وقد نبه المعلم (تروبه) وغيره على الفرق بين هذه التغيرات والاستحالات المزمنة الالتهابية للكلية التى سنشرحها فى المبحث الرابع ونسميها بداء بريكت المزمن

وعند ماتظهر فى الاخلية البشرية للجوهر القشرى التغيرات التى شرحناها توجد الانابيب المستقيمة للجوهر النخاعى ممتلئة بمادة شفافة باهتة تارة وتارة مصفرة وبالضغط الخفيف على الاهرام يخرج من الحلمات سائل عكر قشطى محتوا احيانا زيادة عن الاخلية البشرية العديدة على منطبع الانابيب الذى يكون على شكل اسطوانات متجانسة شفافة متينة

(الاعراض والسير)

الاحتقان الكلوى لا يكون مصحوبا بتألم بسبب قلة الفريعات العصبية الحساسة لهذا العضو وسهولة تمدد محفظته ونوع الاحتقان التواردى الذى مجلسه المجموع الوعائى الشريانى واللفايف الوعائية لمحافظ ملبيجى ينتج عنه ولابد ازدياد عظيم فى الافراز البولى حيث ان هذا الافراز متعلق بازدياد الضغط الجانبى الوعائى فى اللفايف الوعائية لمحافظ ملبيجى المذكورة والغالب ان تكون هذه الظاهرة هى العرض الوحيد للاحتقان الكلوى الناتج عن تعاطى كمية عظيمة من السوائل أوعن ضخامة القلب الايسر او انضغاط الاورطى البطنى أوالشريانين الحرقفيين أوتمدد الشرايين الكلوية والبول الذى ينفرز بكمية عظيمة فى مثل هذه الاحوال يكون قليل التركز وذا وزن نوعى خفيف ولون باهت و يكاد لا يشتد هذا الاحتقان بالضغط الجانبى الوعائى فى التلافيف الوعائية فى مثل هذه الاحوال مطلقا بحيث يرتشح مع البول مادة زلالية أوتتمزق بعض الاوعية و ينسكب الدم فى محافظ ملبيجى وهذه المشاهدة المرضية تطابق التجارب الفسيولوجية فان ربط الشريان الاورطى البطنى اسفل منشا الشرايين الكلوية لا يشاهد فيه

البول الزلالى ولو كان ارتقاء الضغط الباطنى للعامود الدموى فى الشرايين الكلوية عظيما

وينعكس الامر فى أحوال الاحتقان الاحتباسى الناتج عن عوق سير الدورة الوريدية الكلوية وحيث كان من المعلوم أنه مع احتباس الدم فى الدورة الكلوية الوريدية يكون توتر الشرايين الكلوية على العموم قليلا فالافراز البولى لا يكون متزايدا بل متناقصا والضغط الجانبى بالعكس فانه يزداد ازديادا عظيما فى الاوعية الشعرية التى لا ينصب ما فيها من الدم فى الاوردة الممتلئة امتلاء عظيما الا اذا كان توتر جدرها أعظم من توتر جدر الاوردة الكلوية بحيث لا يرتشح من جدر الاوعية الشعرية فى القنوات البولية سائل دموى فقط بل يصير البول القليل الكمية متركزا قاتما يحتوى على زلال وأنابيب ليفية بل قد تتمزق جدر هذه الاوعية الشعرية الدقيقة من ازدياد الضغط الجانبى الواقع عليها وحينئذ تخرج مع البول كرات دموية ومثل هذه المشاهدات التى توجد فى كل مرض من امراض القلب المزمنة يطابق التجارب الفسيولوجية فان ربط الوريد الكلوى ينتج منه على الدوام بول زلالى وخروج مصل الدم من الاوعية الشعرية الكلوية وانصبابه فى القنوات البولية فى احوال الاحتقان الكلوى الاحتباسى الشديد يشابه خروج المصل الدموى من الاوعية الشعرية الرئوية وانصبابه فى الحويصلات الرئوية فى احوال الاحتقان الاحتباسى الشديد المعروف بالاحتقان او بالالتهاب الرئوى الانحدارى فان الالتهاب الرئوى الانحدارى ليس ناتجا فى الحقيقة عن تغيرات التهابية ضعفية كما هو الواقع أيضا فى التغيرات الكلوية التى نحن بصددها

وأما شكل الاحتقان الكلوى المقول فيه بانه متعلق باسترخاء فى الجوهر الكلوى وتمدد تابعى فى الاوعية الشعرية فلا يؤدى بالضرورة الى ازدياد فى الافراز البولى ولا الى تناقص فيه وانما يؤدى لارتشاح غزير من مصل الدم وازدياد فى انفصال المتحصل الخلوى للقنوات البولية وفى تكونه ايضا ولذا متى شوهد عقب الافراط من المدرات البولية الحريفة أو فى أثناء سير بعض الامراض التى تصطحب عادة بشكل هذا الاحتقان بول

زلالى محتوعلى كثير من الانابيب الموشحة بطبقة بشرية جاز تشخيص الالتهاب الكلوى النزلى وهذه التسمية التى صارت مقبولة فى الكتب المستجدة وان كانت غير صحيحة لعدم احتواء القنوات البولية على غشاء مخاطى وتسمية الالتهاب النزلى يعنى بها اصابة أحد الاغشية المخاطية لكن مع ذلك يجوز اطلاق هذه اللفظة على هذه الحالة كما تطلق على الالتهاب النزلى الرئوى

وسير الاحتقان الكلوى توارديا كان اواحتباسيا متى كان متعلقا باسباب ذات تأثير وقتى يكون جيدا ولا يؤدّى فى حدذاته الى الموت مطلقا وفى أحواله الثقيلة التى فيها يكون ناتجا عن عائق فى الدورة بسبب أمراض القلب لا يكون هو السبب فى حصول الموت بل السبب فى ذلك اضطرابات التنفس والاستسقا ونحوذلك من الظواهر المتعلقة بمرض القلب بدون واسطة انما لا ينكران البول الزلالى يسرع فى حصول النهوكة وتقدم مائية الدم والاستسقاء العام وكذا الحالة النزلية الكلية تنتهى غالبا بسيرجيد متى آل المرض الاصلى للشفاء بحيث تعود الكلية فى جميع الاحوال الى حالتها الطبيعية ومن النادران ينتج عن هذه الحالة التهاب كلوى جوهرى منتشر

(المعالجة)

الوسائط العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب تستنتج مما ذكرناه فى ابتداء هذا المبحث وينتج من ذلك أيضا ان استعمال هذه الوسائط العلاجية فى الاحوال التى يكون فيها الاحتقان الكلوى متعلقا بمرض عمومى ثقيل لا يكون أجراؤها بخصوص الاحتقان الكلوى نفسه بل لاجل مقاومة عوارض ثقيلة أخرى وزيادة عن ذلك فالاحوال التى يكون فيها الاحتقان الكلوى التواردى ناتجا عن استعمال جواهر مدرة للبول حريفة ينبغى منع استعمال هذه الجواهر وازالة الحراريق والمراهم المهيجة الموضوعة على بعض الجروح فانها كثيرا ما تكون سببا للاحتقان الكلوى التواردى وزيادة عن ذلك يوصى المريض باستعمال المشروبات سيما الماء العذب بكثرة او المياه الحمضية لا السوائل الغروية والزيتية كمطبوخ الشعير وبزر الكتان والخطمية ومستحلب اللوز ونحوذلك فانه ليس لها تأثير على البول المنفرز فى الكلية

واما

وأما معالجة المرض نفسه فالمستعمل فيها الاستفراغات الدموية العامة والموضعية والمحولات الجلدية والمعوية وهذه الوسائط تستعمل متى كان الاحتقان الكلوى شديدا بشرط ان لا توجد موانع تمنع من استعمال الاستفراغات الدموية المذكورة وفى الاحتقانات الكلوية الاحتباسية الناتجة عن آفات عضوية مزمنة وغير متعادلة فى صمامات القلب تستعمل الديجتالا لاجل تقوية الضغط الباطنى فى المجموع الشريانى والمقويات كالاغذية المقوية والمركبات الحديدية والنبيذ وغير ذلك

المبحث الثانى فى النزيف الكلوى

كيفية الظهور والاسباب

النزيف الكلوى يحصل من جملة اسباب منها الجروح الكلوية ورض الكلية واصابات جرحية أخرى فيها واكثر هذه الاصابات حصولا ما ينتج عن الحصيات الكلوية فى الحويض وقد ذكر المعلم رييه حالة عند شخص مصاب بحصيات كلوية فى الحويض كان يحصل عنده نزيف كلوى كلما ركب الخيل ومنها انه يحصل هذا النزيف من تمزق الاوعية الشعرية الكلوية المحتقنة احتقانا عظيما كما يشاهد ذلك فى احوال الاحتقان الدموى الذى يصحب الدور الاول من الالتهاب الكلوى الجوهرى حادا كان أو مزمنا والذى ينشأ من استعمال المدرات البولية المهيجة والذى يضاعف بعض الحميات الثقيلة كالتيفوس والجدرى والحصبة والتدمم الاجامى ونحو ذلك وكثيرا ما يحدث هذا النزيف عن الاحتقان الذى يحصل فى محيط التولدات الطفيلية او بعض الاستحالات المرضية سيما الاستحالات السرطانية ويكون فى هذه الحالة غزيرا جدا كما يشاهد ايضا فى الاحتقان الاحتباسى الشديد الذى ينتج عن امراض القلب او امراض الرئتين ومنها انه يحصل بندرة من الدياتيز الدموى أى حالة التغير الغذائى المجهول الذى يحصل فى جدر الاوعية و يكون ينبوعا لظهور الاعراض الاسكربوطية والفرفرة والجدرى الدموى حصولا ذاتيا بأسباب محلية فى بعض البلاد الحارة جدا كجزيرة فرنسا وصعيد مصر (وكذا الوجه البحرى منها) والبرازيل ونحو ذلك

ولا يعرف حقيقة سببه معرفة تامة والغالب ان منشأه طفيلي

(تنبيه) كثيرا ما يشاهد البول الدموي المحلي بمصر مستمرا عند بعض الاشخاص عدة سنين وبالبحث المكرسكوبي يشاهد فيه بيض الديدان المسماة بالبيلهاريسية التي استكشفها المعلم بلهارس في دم اوردة البطن السفلى سيما الاجوف والوريد الباب

وهناك شكل مخصوص في النزيف الكلوي وهو السدد الدموية الكلوية وذلك يحصل لحصوله في الطحال وكثيرا ما يكون ذلك متعلقا بوجود سدد دموية سيارة

واما السكتة الكلوية فكثيرا ما تنتج عن الجروح اوالرض الشديد وقال روكتنسكي انها تحصل احيانا عند الاطفال عقب الاحتقان الكلوي الشديد

(الصفات التشريحية)

قد ينصب الدم في الاخلية الطبيعية لجوهر الكلية بدون تغير واضح في تغذيتها وبهذه الكيفية يحصل كدم وبقع حمر مختلفة الاتساع يسيل منها الدم عقب شقها وتوجد هذه البقع الدموية اسفل الطبقة الغمدية وفي نفس جوهر الكلية وفي الجدري وما ماثله من الاحوال المرضية يكون الغشاء المخاطي للحويض بجوار البقع الايكموزية في الجوهر الكلوي متلونا بلون أحمر منتظما وثخينا جدا (أي مرتشحا بالدم) وسطحه الظاهر غير مستو واما السدد الكلوية فتظهر اذا كانت حديثة على شكل بورات حمر دا كنة ذات شكل مثلث قمته نحو فرجة الكلية وعند مكث هذا التجمع الدموي زمنا طويلا يبهت لون البورة في مركزها ثم يستحيل الى مادة مصفرة جبنية وقد يتحلل و يفسد فينتج عن ذلك خراجات كلوية محتوية على صديد مصفر يحتوي ابتداء على جزيئات من الجوهر الكلوي المتلاشي ثم على كرات صديدية وبالجملة فقد تمتص هذه المواد الجبنية أو الصديدية فيبقى محل السدة الدموية الكلوية انبعاج كلوي ندبي

وأما السكتة الكلوية فمحلها الجوهر النخاعي غالبا ويتكون في جوهر

الكلية المتمزق جملة بورات مختلفة العظم محتوية على دم منعقد و بقايا ممزقة من القنوات البولية و يظهران كلا من السدد الدموية والبورات السكتية يشفى بعد مكابدته للاستحالة الشحمية وامتصاص متحصلها فيخلف ذلك ندب التحامية منكمشة وأما الدم الذى ينسكب فى القنوات البولية فقد ينعقد جزء منه و يتكون عنه اسطوانات ليفية مرصعة بكرات دموية كثيرة وقد يوجد فى الاخلية البشرية للقنوات البولية وفى المحافظ الملبيجية كرات بجمنتية حبيبية وهى متحصلات انسكابات دموية قديمة

(الاعراض والسير)

النزيف الكلوى لايمكن تشخيصه الا اذا انسكب الدم فى القنوات البولية وخرج جزء منه مع البول ولذا يشاهد بكثرة فى جثة بعض الاشخاص كسدد أو بورات سكتية أو سدد دموية بدون ان يظهر عنها اعراض مدة الحياة وذلك لعدم وصول الدم الى القنوات البولية و يكتسب البول فى الاحوال التى يكون فيها ممزوجا بكمية قليلة من الدم لونا محمرا او مخضرا مخصوصا عند سقوط الضوء عليه ولونا أحمر قانيا كثيرا أو قليلا عند مرور الضوء فيه وعند تركه ساكنا يرسب منه راسب مسمر نخالى واذا غلى البول المحتوى على الدم أو أضيف اليه نقط من حمض النتريك رسب منه راسب زلالى آت من مصل الدم و بالبحث الميكرسكوبى عن هذا الراسب يشاهد فيه كرات دموية أما متغيرة أولا ومن الامور المشخصة للنزيف الكلوى وجود الاسطوانات الليفية المرصعة بكثير من الكرات الدموية وهناك بحث كيماوى للبول منسوب للمعلم هلر به يتيسر للطبيب معرفة وجود الدم فى البول ولو قليلا وذلك ان يسخن البول المراد البحث عنه ثم يضاف اليه محلول البوتاسا الكاوية و يسخن ثانيا فحينئذ ترسب الاملاح الفسفاتية مع المادة الملونة للدم التى تكسب الراسب لونا أصفر محمرا ومخضرا عند النظر اليه بالضوء الساقط ولونا أحمر قانيا عند النظر اليه بالضوء النافذ وحيث ان كلا من المادة الملونة للبول والصفرا لا يرسب مع الاملاح الفسفاتية فلا ينسب لون البول الذى بهذه المثابة لكلتا المادتين الملونتين والاحوال التى يكون فيها البول ممزوجا بكمية عظيمة من الدم يكون لونه أحمر داكنا أو أحمر مسمرا وعند تركه ساكنا

يتكون فى قاع الاناء جلطة دموية ولا يندر انعقاد جزء من الدم فى المثانة وحينئذ يكون خروج الانعقادات الدموية من المثانة مصحوبا بالام شديدة وقد ينعقد الدم مدة مروره من الحالبين فينشأ عنه الاعراض المعروفة بالمغص الكلوى ويخرج مع البول اذذاك تعقدات دموية مستطيلة دودية الشكل مكتسبة شكل الحالبين

ثم ان سير النزيف الكلوى يتعلق بسير المرض الاصلى والنزيف الكلوى الناشئ عن حصيات فى الحويض يظهر زمنا فزمنا عقب المجهودات الجسمية الشديدة غالبا وأما النزيف الكلوى الناشئ عن تولدات مرضية جديدة سيما السرطان فيكون عادة مستعصيا وغزيرا وأما النزيف الكلوى الذى يصحب التغيرات الالتهابية والامراض التسممية العامة وكذا الذى ينتج عن احتقانات احتباسية شديدة والذى يكون ظاهرة اسكربوطية فيندر ان يكون غزيرا جدا وأما النزيف الكلوى الوطنى فى البلاد الحارة جدا ففيه يحصل فقد دموى غزير دورى والتجمعات الكلوية الدموية المعروفة بالسدد الكلوية التى فيها يكون البول ممتزجا بقليل من الدم يبتدئ حصولها أحيانا بقشعريرة والام شديدة فى القسم الكلوى وقئ مميا توى شديد ومتى وجدت هذه الاعراض أعنى القشعريرة والالام فى القسم الكلوى والقئ والبول الدموى عند شخص مصاب بمرض فى القلب سهل تشخيص السدد الكلوية التى يعسر تشخيصها جدا عند عدم وجود الاعراض المذكورة وتصطحب السكتة الكلوية باعراض مماثلة لذلك لكنها تكون أكثر شدة منها

وانتهاء النزيف الكلوى لا يمكننا بيانه مع التفصيل الا بذكر المرض الاصلى وبالجملة فالنزيف الكلوى الذى يهلك المريض بسبب غزارته هو الذى يكون متعلقا باستحالات سرطانية أو تكونات حصوية كلوية أو الشكل الوطنى الموجود فى البلاد الحارة جدا

(المعالجة)

معالجة النزيف الكلوى ينبغى فيها أولا مقاومة كل من الاحتقان والالتهاب الكلويين أو المرض الاصلى العمومى المتعلق هو به وفى الاحوال

التى يتيسر فيها للطبيب اجراء ذلك مع النجاح لا يحتاج فيها النزيف الكلوى فى حد ذاته لمعالجة مخصوصة لكن الامور التى يكون فيها غزيرا كالشكل الناتج عن الحصيات الكلوية أو السرطان ينبغى فيهما معالجة مخصوصة خوفا من نهوكة المريض والموصى باستعماله فى مثل هذه الاحوال التبريد الشديد فى القسم الكلوى بواسطة مثانة مملوءة من الجليد والحمامات الجلوسية الباردة والحقن الباردة أيضا واستعمال الجواهر الموقفة للنزيف من الباطن على التعاقب لاسيما التنين الذى يفرز من الكلية على هيئة حمض العفصيك وبذلك يؤثر على الصفر الدامى تأثيرا موضعيا وزيادة عن ذلك يمكن فى الاحوال الشديدة الخطر استعمال الجويدار أو الجويدارين لكن بمقدار عظيم وأما الاستحضارات الحديدية فمنفعتها فى مثل هذه الاحوال انما هو لاجل مقاومة فقر الدم

(التهابات الكليتين)

هنالك التهابات كلوية تصيب الكليتين فى أصقاع محدودة على شكل بؤرات محدودة (تسمى بالالتهابات الكلوية المحدودة) وثم التهابات أخرى تمتد على الكلية وتكاد دائما تصيب الكليتين معا فى آن واحد فمن هذه الالتهابات أمراض بريكت الآتية آنفا

(المبحث الثالث)

فى داء بريكت الحاد المعروف بالالتهاب الكلوى الحاد المنتشر وبالالتهاب الكلوى الليفى الحاد أى ذى الغشاء الكاذب

(كيفية الظهور والاسباب)

يعنى بداء بريكت شكلان من الالتهاب الكلوى فالاول الذى نحن بصدده وهو الحاد يطابق بالكلية للتغيرات التشريحية للسعال الديكى والالتهاب الرئوى الليفى وذلك أنه من جهة يؤدى لتكون نضح ليفى منعقد مالئ للقنوات البولية ومشتمل على الاخلية البشرية والكرات الدموية المنسكبة ومن جهة أخرى يكون تقريبا ذا سير حاد على الدوام وعما قليل ينتهى اما

بالشفا وهو الغالب أو بالموت وينذر ان يستحيل الى الشكل الثانى وهو المزمن الذى هو عبارة عن التهاب كلوى جوهرى وسنتكلم عليه فى المبحث الآتى ومن ذلك يتضح وجه جعل دامبريكت الحادمى ضامستقلا على حدته وتمييزه عن المزمن وأما تمييزه بالالتهاب الكلوى ذى الغشاء الكاذب كاجر بناء على ذلك فى الطبعات المتقدمة فليس فيه كبير فائدة فانى اعترف ان من المشكوك فيه كون النضح الحالى للقنوات البولية والسادلها متكونا من مواد ليفية منعقدة كما فى الالتهاب الحنجرى والرئوى الليفيين كما انى لا انكر ان الاخلية البشرية للقنوات البولية فى هذا المرض تكون مشتركة بدرجة عظيمة فى الاضطراب الغذائى الالتهابى أكثر منه فى الاخلية البشرية الحنجرية والرئوية فى الالتهاب الحنجرى والرئوى الليفيين

ثم ان دامبريكت الحاد يكون أولا مضاعفة كثيرة الحصول للقرمزية ومن المشهور عند العوام ان موت الاطفال بالاستسقا اللحمى عقب القرمزية منسوب لعدم الاحتراس لهم فيقال ان تغيير الملابس بسرعة قبل انتهاء المرض بالكلية أو تعرض الاطفال للهواء البارد هو السبب فى حصول الاستسقاء والهلاك وينبنى على ذلك الاعتقاد تأسف كثير من الامهات لزعمهن انهن فرطن فى الحرص على أولادهن من البرد ومن الجائز أن ينشأ عن تأثير البرد على الجلد مدة القرمزية فى بعض الاحوال هذا المرض وأقل ما هنالك يساعد على حصوله لكن فى أغلب الاحوال ليس الامر كما ذكر فان التسمم بالسم القرمزى ينتج عنه زيادة عن التغيرات الجلدية على الدوام تغيرات فى الحلق والكليتين وهى فى أغلب الاوبئة عبارة عن مجرد احتقان فى هذه الاعضاء وتؤدى لحصول الاعراض النزلية فى الحلق أى الذبحة القرمزية ولاعراض الاحتقان الكلوى النوادرى الشديد المذكور فى المبحث السابق لكن هناك أوبئة قرمزية خبيثة فيها تتثاقل الاضطرابات الغذائية فى الاعضاء المذكورة جدا ففى مثل هذه الاحوال يكاد يحصل على الدوام بدلا عن الالتهاب النزلى للحلق التهاب دفتيرى وبدلا عن الاحتقان الكلوى البسيط التهاب ذو غشاء كاذب فى القنوات البولية وفى مثل هذه الاوبئة يهلك عدد عظيم من الاطفال

بالاستسقا العمومى اياكان الاحتراس وفى اوبئة اخرى تبقى الاطفال سليمة من ذلك ولو مع عدم الاحتراس واما حصول الالتهاب الكلوى المنتشر اللينى من الميازما الحصبية او التيفوسية او الاجامية فانه نادر

ثانيا قد يحصل داء بريكت الحاد مدة سير التيفويد الهيضى واعتبار بعض الاطبا كونه مضاعفة لازمة لهذه الحالة بل سببا اصليا لهذا المرض التابعى للهيضة الكثير الحصول غير واضح ونحن وان لم نقل بهذا الرأى الاخير لمشاهدتنا كثرة هلاك المرضى المصابة بالتيفويد الهيضى عقب افراز بولى زلالى غزير لاننكر كثرة مضاعفة داء بريكت الحاد للتيفويد الهيضى وليس من المعلوم جيدا ان كان الالتهاب الكلوى ذو الغشاء الكاذب فى مثل هذه الاحوال ينسب لوقوف الدورة وكثافة الدم فى الدور الجليدى الهيضى الذى ينتج عن احتقان الاوعية الشعرية الكلوية وانسدادها بسبب تراكم الكرات الدموية وخروج سائل الدم وانسكابه فى القنوات البولية او الى تسمم الدم او ان هذا الالتهاب الكلوى وكذا بقية الالتهابات التى تشاهد فى التيفويد الهيضى تنسب لتسمم الدم بالسم الهيضى

ثالثا يندر جدا حصول داء بريكت الحاد عند الاشخاص السليمى البنية عقب الرض على قسم الكلية واستعمال الجواهر المدرة للبول الحريفة وتأثير البرد أو اسباب أخرى مجهولة

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تشاهد فى جثة الاشخاص الذين هلكوا بهذا المرض تطابق تبعا للمعلم فريركس التغيرات التى تشاهد فى الدور الاول أى دور الاحتقان والنضح الابتدائى للالتهاب الكلوى الجوهرى المعروف بداء بريكت المزمن فتظهر الكلية متزايدة فى الحجم والوزن بحيث تكتسب ضعف الحالة الطبيعية تقريبا وتكون ذات سطح املس ومحفظتها الليفية محتقنة سهلة الانفصال عن جوهرها والجوهر القشرى الناتج عن انتفاخه واحتقانه ازدياد حجم هذا العضو يكون ذا لون احمر كاب او احمر مسمر كثيرا او قليلا هشا سهل التمزق وعند شقه يسيل منه سائل لزج دموى وتظهر على سطحه بل وفى طبقاته الغائرة نقط محمرة داكنة وكذا الاجسام الهرمية تكون محتقنة

مخططة بخطوط محمرة وكثيرا ما يوجد في كؤس الكلية وحويضها سائل عكر دموي وبالبحث بالمكرسكوب لا يشاهد منسوج الكلية متغيرا تغيرا عظيما واللفايف الوعائية تكون كثيرة الوضوح بسبب احتقانها بالدم ويكاد يوجد على الدوام انسكاب دموي في المحافظ الملجية وفي القنوات البولية ومن ذلك تنتج النقط الحمر التي ذكرناها وكذا يوجد بين القنوات البولية وتحت الطبقة الغمدية نضح التهابي والقنوات البولية خصوصا الجوهر القشري تكون ممتلية بمواد ليفية منعقدة واذا ضغط على الكلية المنشقة وخرج منها السايل شوهد فيه بالبحث المكرسكوبي المواد الليفية المنعقدة على شكل اسطوانات مستوية فتكون على شكل القنوات البولية كانها منطبعة فيها وكثيرا من هذه القنوات ما يكون مغطى بالخلية بشرية وكرات دموية واما الاخلية البشرية فلا تكون متغيرة تغيرا عظيما

(الاعراض والسير)

هذا الداء يظهر احيانا حال ابتدائه بنوبة قشعريرة تعقبها حرارة عمومية والم شديد في القسم الكلوي وهذه الاعراض تكاد تصطحب على الدوام بقيء سمباتوي كثير الشدة أو قليلها بل القيء العرضي هو العلامة الملازمة لمرض الكلية زيادة عن الحمى والالم في القسم الكلوي ولذا على الطبيب ايصاء أهل الاطفال المصابين بالقرمزية بالالتفات الى هذا العرض وندب الطبيب للاسعاف حين طروه وزيادة عن ذلك تحس المرضى بزحير بولي متكرر لكن لا يخرج كل مرة الا نقط قليلة من البول وقد يحصل تناقص عظيم جدا في الافراز البولي بحيث ان الذي يخرج منه في مدة أربع وعشرين ساعة لا يكون الا بعض اواق قليلة وهذا البول يكون ذا وزن نوعي ثقيل ويظهر فيه وقتيا لون مدمم وغالبا يكون متعكرا وذا لون أحمر مسمر وسخ كانما اضيف اليه مواد وسخة و يكتسب كل من الراسب والبول نفسه هذا اللون الوسخ بحيث يتيسر للطبيب الماهر تشخيص هذا المرض تقريبا بمجرد النظر وتكون كمية المواد الزلالية المحتوى عليها البول عظيمة جدا بحيث اذا غلي أو اضيف اليه بعض نقط من حمض الازوتيك انعقد منه نحو النصف أو الثلث واذا بحث عن

الراسب بالمكرسكوب يوجد فيه اخلية بشرية بكثرة تأتى من القنوات والمسالك البولية وكمية عظيمة من الكرات الدموية واسطوانات ليفية مرصعة بكرات دموية أيضا ويحصل ارتشاح استسقائى عام فى هذا المرض وكثيرا ما يصل فى اغلب الاحوال الى اقصى درجة بسرعة بحيث ينتفخ كل من الوجه والايدى والاطراف السفلى وتوتر الجلد يكون عظيما جدا بسبب الانتفاخ العظيم الحاد بحيث ان ضغط الاصبع يزول بسرعة وللارتشاح الاستسقاى فى هذا الداء ميل عظيم للتنقل كما يشاهد ذلك فى الالتهاب الكلوى الجوهرى بحيث ان بعض الاجزاء ينتفخ والبعض الآخر يزول انتفاخه

وفى الاحوال التى يكون فيها سير هذا المرض جيدا تزول الانعقادات الليفية السادة للقنوات البولية فيزداد افراز البول ويصير غزيرا وتتناقص مادته الزلالية ويزول أيضا الاستسقا العام الذى ينسب هذا العوق الافراز البولى أكثر من نسبته لتناقص المادة الزلالية من الدم وفقره وسيولته وفى الاحوال الجيدة جدا قد ينتهى المرض فى مدة اسبوع أو اسبوعين بدون ان تخلفه عواقب مضرة

وفى أحوال كثيرة قد ينضم لمجموع اعراض هذا المرض اعراض الالتهاب الرئوى أو البليوراوى او التامورى أو البريتونى الحاد وهذه المضاعفات هى التى تكون سببا فى هلاك المرضى المصابين بهذا المرض

وفى احوال اخرى اندر من السابقة قد يؤدى هذا المرض للتسمم البولى ومن الواضح ان انقطاع الافراز البولى ينتج عنه تراكم مواد غريبة فى الدم تؤثر تأثيرا مضرا فى التغذية ووظايف الاعضاء المختلفة فنسب ذلك ابتداء لتراكم البولينا فى الدم حيث كانت أكثر العناصر الصلبة للبول وجودا ومعرفة وقيل ان تراكمها فيه ينتج عنه التشنجات والخدر وشلل المجموع العصبى بتمامه فمتى ظهرت هذه الاعراض عند شخص معه انقطاع فى افراز البول يقال انه مصاب بالتسمم البولى ثم ذهب فريركس فى العصر الاخير الى عدم نسبة مجموع هذه الاعراض لتراكم البولينا فى الدم بل لكربونات النوشادر المتحصلة من تحلل البولينا لكن رفض هذا الرأى الاخير فحينئذ

ينبغى ان نقول لا نعلم حقيقة تركيب المواد الغريبة التى تبقى فى الدم عقب انقطاع الافراز البولى فتؤثر فى البنية تأثيرا مضرا ثم ان مجموع اعراض التسمم البولى وان كان نادرا الحصول فى أحوال الالتهاب الكلوى الذى نحن بصدده الا انه من المهم بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض ومعالجته عدم نسبة التشنجات والخدر مدة سير هذا المرض لحالة التهاب وتضخم فى الدماغ بل من تسمم الدم وفساد تغذية الدماغ بالمواد الغريبة المتحمل بها الدم فان هناك احوالا كثيرة فيها يزول كل من التشنجات والخدر عقب رجوع الافراز البولى مع الغزارة ويسير المرض سيرا حميدا

وقد يستحيل داء بريكت الحاد الى الالتهاب الكلوى الجوهرى اى داء بريكت المزمن وفى مثل هذه الاحوال النادرة التى وان حصل فيها تحسين وقتى لا شفاء تام يستمر البول الزلالى مع المريض حتى تتضح اعراضه

(المعالجة)

تستعمل الاستفراغات الدموية الموضعية بواسطة العلق أو المحاجم التشريطية بنجاح فى الاحوال الحديثة وفى الاشخاص أصحاب البنية القوية وتكرر هذه الاستفراغات الدموية عند الاقتضاء ان لاح نجاحها باول مرة فى الغالب واما الاستفراغات الدموية العامة فتجتنب غالبا لانها تعين على فقر الدم المهدد بحصوله هذا المرض وكذا ينبغى تجنب استعمال الجواهر المعروفة بمضادات الالتهاب كالزيبق الحلو أما استعمال الحمامات الحارة ولف الجسم بعد ذلك بلفايف من الصوف لاجل احداث عرق غزير فيفضل جدا عن باقى المعرقات التى تعطى من الباطن وسنشرح هذه المعالجة تفصيلا هى واظهار نجاحها الجيد فى المبحث الآتى عند الكلام على الالتهاب الكلوى الجوهرى واذا كان مع المريض امساك ينبغى استعمال بعض المسهلات الشديدة كالجلبة والسناء المكى والراوند اذ بتأثير هذه الجواهر على سطح الامعاء الباطن وأحداثها افرازا مصليا غزيرا يمكن ان تؤثر تأثيرا جيدا فى الاستسقاء العام ولو ان هناك احوالا يحصل فيها اسهال غزير جدا ومع ذلك يحصل تقدم وازدياد عظيم فى الاستسقاء المذكور والاجود فى

المشروبات

المشروبات عند انحطاط هذا المرض المياه المعدنية الحمضية الغازية وينبغى ان يعطى من هذه المياه مقدار عظيم جدا فانه بازدياد الضغط الجانبى فى اللفايف الوعائية والافراز الغزير منها يمكن دفع المواد الليفية السادة للقنوات البولية وقذفها واما المدرات البولية الحريفة فلا ينبغى اعطاؤها لوجود حالة التهابية فى الكلية وفى اثناء النقاهة وكذا فى الاحوال المستطيلة تفضل الاغذية المحتوية على كثير من الزلال بكمية عظيمة والكينا والاستحضارات الحديدية والكينية لاجل مقاومة فقر الدم

المبحث الرابع فى داء بريكث المزمن
المعروف بالالتهاب الكلوى الجوهرى
(كيفية الظهور والاسباب)

فى الالتهاب الكلوى الجوهرى يعترى الاخلية البشرية للقنوات البولية التغيرات الواصفة لباقى الالتهابات الجوهرية فتنتفخ ابتداء عقب ارتشاحها بمادة زلالية انتفاخا عظيما ثم يكابد متحصلها استحالة شحمية وبذلك تستحيل الاخلية البشرية تدريجا الى حبيبات شحمية ثم يزول غلافها الخلوى وحينئذ تظهر نقط شحمية سابحة فى القنوات البولية وفى اثناء حصول هذه التغيرات الرئسة التى تكابدها الكلية يحصل فى القنوات البولية تجمع نضح ليفى غالبا وفى بعض الاحوال يحصل نمو فى المنسوج الخلوى بين جوهر الكلية والضمور الكلوى الذى يحصل فيما بعد هو الانتهاء الاعتيادى الذى يعقب التغيرات الالتهابية المذكورة

ثم ان الالتهاب الكلوى الجوهرى مرض كثير الحصول والاستعداد للاصابة به فى سن الطفولية أقل منه فى بقية اطوار الحياة وتصاب به الذكور أكثر من الاناث والاشخاص الضعفاء البنية المنهوكون أكثر من الاقويا ولذا تصاب به الفقراء لكثرة تعرضهم للمؤثرات المضرة أكثر من الاغنياء وأما الاسباب المهمة لهذا المرض فهى اولا تأثير البرد والرطوبة الشديدة الوقتية لاسيما تأثيرها المستمر ولذا يشاهد هذا المرض بكثرة فى البلاد الباردة كانكلترة وهولانده والسويد اوشواطى المانيا سواء الشواطى الشمالية

والشرقيـة ثانيا قد يحصل من الافراط فى استعمال المـدرات البوليـة الحريفـة ومن استعمال الـكبابة الصينى وبلسم الـكوباى بغير احتراس ثالثا وهو الاكثر من الافراط فى المشروبات الروحية ولذا يكثر وجود هذا المرض عنـد الاشخاص المدمنين على تعاطى المشروبات الروحية كما يكثر وجود السيروز الـكبدى عندهم والتوجيه الفسيولوجى فى ذلك غير واضح لكن حيث ثبت بالتجارب الجديدة ان جميع الكؤل الممتص لا يحترق فى الدم بتمامـه كما كان يظن سابقا بل يقذف منـه جزء عظيم عـلى حالته مع البول فمن الجايز ان التغير الـكلوى يكون سببه تأثير الـكؤل على الـكلية تأثيرا موضعيا عند الاشخاص المفرطين من تعاطيه كما يؤثر فى احـداثه لسيروز الـكبد رابعـا كثيرا ما يضاعف هذا المرض التقيحات المزمنة وتسوس العظام وتنكرزهـا ولذا يوجد فى قاعات الجرحى بكثرة ولو ان هذه المؤثرات المرضية المذكورة تحدث الاستحالة النشوية الـكلوية أكثر من احداثها لهذا المرض ومع اننا لا نعلم التوجيه الفسيولوجى والارتباط السببى بين هـذه الاحوال المنهكة المذكورة والمرض الذى نحن بصدده نرى ان حصول هذا المرض فى مثل هذه الاحـوال ليس أكثر من حصول غيره من الالتهابات التى تضـاعف تلك الاحـوال المرضية المنهكة كالتهاب الريتين والبليورا والتامور والبريتون ونحو ذلك خامسا كثيرا ما يحصـل الالتهاب الـكلوى الجوهرى لاشخاص مصابين باحوال سوء القنيـة المختلفة كالنقرس والراشيستم والداء الزهرى والخنازيرى والتسمم الاجامى وفى مثل هـذه الدسكرازيات كثيرا ما يحصـل الالتهاب الـكلوى الجوهرى كما تحصـل الاستحالة الدهنية واما حصول الالتهاب الـكلوى الجوهرى عقب الاحتقانات الاحتباسية لـلكلية الناتجة عن امراض فى القلب او نحو ذلك فليس من القريب للعقل وانما نظن انه كان يحصل الالتباس بين التغيرات المرضية المذكورة فى المبحث الاول وبين هـذا المرض وكذا لا نعتبر الحمل من الاسباب المحدثة لهذا المرض فان البول الزلالى الذى كثيرا ما يشاهـد فى اثناء الحمل لا يتعلق فى الغالب بالتهاب جوهرى فى الـكلية بل باستحالة جوهرية فيهـا كما سنذكره فى المبحث السابـع

(الصفات التشريحية)

لاجل سهولة بيان التغيرات التشريحية لهذا المرض يميزله ثلاثة ادوار تبعا لفريركس

الدور الاول يندر مشاهدته فى الجثة وفيه تكون الكلية محتقنة ومتزايدة فى الحجم رخوة والاخلية البشرية تكون قليلة التغير واما القنوات البولية فيوجد فيها نضح ليفى انبوبى وحينئذ تظهر الكلية فى هذا الدور جميع الصفات التشريحية التى ذكرناها فى الالتهاب الكلوى الليفى الحاد وانما تكون التغيرات هنا أقل درجة فى الشدة

وأما الدور الثانى أى دور التنضج وابتداء استحالته ففيه يزداد أيضا كل من حجم الكلية ووزنها الطبيعيين وتكون ذات سطح املس ماعدا بعض الاصفار فانه يوجد فيها تحببات مرتفعة ويتناقص قوام هذا العضو ويسهل نزع غلافه الخاص ولونه الذى كان ابتداء أحمر مسمرا أوأحمر داكنا يصير مصفرا كثيرا أوقليلا وتتناقص كمية الدم فيه فالتلافيف الوعائية لمحافظ ملبيجى لايمكن مشاهدتها بالنظر العارى على هيئة نقط محمرة وعند شق الكلية ترى ان ازدياد حجمها ناتج فقط عن انتفاخ الجوهر القشرى انتفاخا عظيما بحيث يكون قطره اذذاك من نصف قيراط الى قيراط ولاتشترك الاهرام فى اللون الاصفر الذى اكتسبه اللون القشرى بل تبقى حافظة للونها الاحمر وبالبحث المكرسكوبى ترى القنوات البولية للجوهر القشرى متسعة ذات تمددات حبيبية دوالية ويوجد فى باطنها أخلية بشرية منتفخة ومتحصلها يكون اخذا فى الاستحالة الشحمية فتوجد اما اسطوانات ليفية مرصعة بكرات شحمية او مواد شحمية مسمرة حبيبية وهى عبارة عن الاخلية البشرية التى اعتراها الفساد وأما المحافظ الملبيجية فيوجد بعضها باقيا على حالته الطبيعية وبعضها متمددا تمددا عظيما واخليتها البشرية منتفخة ومتعكرة بواسطة كرات شحمية وتجويفها ممتلى بنضح عديم الشكل بحيث لاتعرف اللفايف

الوعائيـة الخاليـة عن الدم بجميـع الصفات القشريحية للكلية فى هـذا الدور تتضح من تمدد القنوات البولية الذى يعقبه ولابد انضغاط اوعيـة الكلية وكذا من ظهور المواد الشحمية فى باطن القنوات البولية كما يتضح من ذلك عظـم حجمها ولونها الممتقع المصفر وازديادعرض الطبقة القشرية الحاصل فى قنواته هـذا التغير المرضى وعـدم اتضاح اللفايف الوعائية ووجود التحببات الصغيرة على سطحها الظاهر الناتجة عن ازدياد تمـدد بعض القنوات البولية

واما الدور الثالث اى دور الضمور ففيه يتناقص كل من حجم الكلية ووزنها بحيث تظهر صغيرة جدا واخف وزنا من الحالة الطبيعية وسطحها لا يكون املس مسـتويا كما فى الدور السابق بل يكون ذا تحدبات وتحببات منفصلة عن بعضها بميازيب سطحية وقوامها لا يكون رخوا هشا كما فى الدور السابق بل يكون يابسا متينا وتكون الطبقة الغمدية سميكة وملتصقة بجوهر الكلية التصاقا متينا بحيث يعسر نزعها عنه ويصير لون الكلية اصفر وهذا مبيضا جدا بحذاء الميازيب وعند شق الكلية يرى الجوهر القشرى فى حالة ضمور عظيم جدا وقطره متناقصا بحيث لا يكون الاحوية رقيقة حول الاجسام الهرمية وبالبحث المكرسكوبى يرى فى موازاة التحدبات والتحببات المذكورة تمـدد عظيم فى القنوات البولية والمحافظ الطبيعية وممتلية بمواد شحمية واما فى حـذاء الميازيب فتكون هـذه القنوات خالية هابطة على نفسها على هيئة مادة ليفية غير واضحة وكذا المحافظ الطبيعية تكون ضامرة وتظهر على شكل كرات صغيرة ممتلية بنقط شحمية واللفايف الوعائية الموجودة فى باطنها تكون غير واضحة بالكلية وكذا من البحث المكرسكوبى يتضح لنا فى هذا الدور التغيرات التى تشاهد بالنظر اعنى كلا من ضمور الكلية وتلاشى الجوهر القشرى ووجود الانبعاجات والتحدبات الكاينة فى محاذات القنوات البولية التى لم تزل متمددة وممتلية بمواد شحمية

وتختلف الصفات التشريحية متى حصل فى المنسوج الخلوى الضام لجوهر الكلا نموزيادة عما يعترى الاخلية البشرية من التغيرات اذ فى هذه الحالة

توجد المحافظ الملبيجية محاطة بطبقة كثيفة دائرية من أخلية المنسوج الخلوى أو من منسوج خلوى تام التكوين والقنوات البولية محاطة كذلك بمنسوج خلوى جديد التكوين ومنفصلة عن بعضها بالات متسعة وقد تكون الطبقة الغمدية الخاصة بالمحافظ الملبيجية والقنوات البولية مستحيلة الى هالة عريضة متجانسة ويندر وجود آثار بورات سكتية فى الكلية فى هذا المرض كما ذكره فريركس وتكون على هيئة بورات مستديرة الشكل من حجم حب الشهدانج الى الحمصة وهى نتيجة احتقانات شديدة سابقة ذات لون أصفر مسمر وكذا يندر وجود خراجات صغيرة ويكثر وجود اكياس تنتج غالبا فى مثل هذه الاحوال عن تمدد عظيم فى القنوات البولية ناتج عن انسدادها من جهة واستمرار الافراز البولى فى اللفا يف خلف محل الانسداد وهناك أحوال عديدة من هذا المرض لا تكون فيها التغيرات المذكورة ممتدة ولا متقدمة كما شرحناه بل تكون قاصرة على القنوات البولية الملتفة بجوار الاهرام فيوجد فيها امتقاع مصفر ويستدل بالمكرسكوب على الاستحالة المبتدية فى الاخلية البشرية وهذه الدرجة الخفيفة من هذا المرض التى هى درجة انتقال للمرض الذى سنشرحه فى المبحث السابع تصاحب التقيحات المستطيلة والدبسكرازيات المزمنة ومع ذلك ففى مثل هذه الاحوال قد يرتقى الالتهاب الكلوى الجوهرى لدرجة الامتداد والشدة التى بيناها فيما تقدم

(الاعراض والسير)

الالام فى قسم الكلية تبعا لمشاهدتنا ليست من الاعراض الملازمة للالتهاب الكلوى الجوهرى المزمن الذى نحن بصدده خلافا لما جرى عليه كثير من المؤلفين انما اذا ضغط على القسم الكلوى ضغطا شديدا احس المريض بتعب وألم خفيف لكن هذا التألم يحس به أيضا بعض الاشخاص السليمين متى ضغط على قسم الكلية ضغطا شديدا وكما قيل فى زيادة الحساسية والتألم فى قسم الكلية يقال أيضا بالنسبة لتناقص الافراز البولى فانه يندر ان يستدل المرضى به على اصابتهم بمرض ثقيل مهم

فى الكلية فانه لوسئل المريض بعد ثبوت تشخيص هذا المرض بالاستسقاء اللحمى ووجود البول الزلالى عن تناقص الافراز فى اثناء سير مرضه لاجاب غالبا بالنفى بل ربما يذكر انه من ابتداء حصول الاستسقاء بل وفى اثناء وجوده كان البول ينقذف بكمية عظيمة فحينئذ لو اجاب مريض مصاب باستسقاء مزمن بجواب يماثل ذلك دل هذا تقريبا على تعلق هذا الاستسقاء بآفة مزمنة فى الكلية واما ان اجاب بتناقص الافراز البولى تناقصا واضحا من ابتداء ظهور الاستسقاء التدريجى عنده فيدل هذا اولا بد على ان الاستسقاء ليس متعلقا بمرض الكلية بل بآفة فى الرئتين او القلب ولا ننكر ان قول المرضى فى كثير من الاحوال بازدياد الافراز البولى قد يبنى على خطاء فان التطلب المتكرر للبول وهو ظاهرة ناشئة عن حالة سمباتوية للمثانة تحصل احيانا فى داء برايت المزمن كما تحصل فى الحاد منه ولو بدرجة قليلة تلجئ المريض للقول بانه بتكرر التطلب للبول ينقذف كذلك كمية عظيمة أيضا وبقياس كمية البول مع الدقة فى اربع وعشرين ساعة اتضح منه فى كثير من الاحوال ان كميته لا تصل الى الحالة الطبيعية وفى احوال اخرى تكون كالطبيعية وفى غير ذلك من الاحوال تفوق عن الكمية الطبيعية و يندر حصول تناقص عظيم فى الافراز البولى يكاد يرتقى الى الانقطاع وان حصل كان وقتيا واضطراب الافراز البولى وتغير احواله فى الالتهاب الكلوى الجوهرى المزمن مستغرب بالكلية فان تناقص الافراز البولى القليل الكثير المشاهدة يمكن توجيهه بسهولة لان انسداد عدد كثير من القنوات البولية مع انتفاخ اخليتها البشرية واستحالتها المرضية يعوق ولا بد جريان البول وانضغاط عدد عظيم من اللفايف الوعائية يعوق كذلك افرازه واما توجيه بقاء كمية البول على حالتها الطبيعية بل وازديادها احيانا ولو مع تعسر جريان البول وعوق افرازه فعسر كما ان من العسر ادراك توجيه معرفة ازدياد الافراز البولى فى الدور الثالث من هذا المرض اعنى فى الزمن الذى فيه تضمر الكلية وتهبط و ينسد عدد عظيم من القنوات البولية والمحافظ الملبجية فاننا ولو اعترفنا بان لضخامة البطين الايسر تأثيرا فى ازدياد الافراز البولى

بازدياد

بازدياد الضغط الجانبي في اللفايف الوعائية التي لم تزل محفوظة وبذلك يسرع
ترشح السايل منها لكننا لانعتبر ان هذا التأثير قوي جدا بحيث ان يعادل
ازدياد الضغط الجانبي في اللفايف المذكورة فقد عدد عظيم منها وكذا
الاحتقان النواردي التفممي الجانبي في اللفايف الوعائية المصونة من التغير
المرضي الذي يترتب على انسداد الاوعية في الاجزاء المصابة من الكلية
غاية ما فيه ان يوجه لنا عدم تناقص الافراز البولي تناقصا عظيما لا ازدياده
عن الحالة الطبيعية وبالجملة فمن القريب للعقل ان فقر مصل الدم من المواد
الزلالية له تأثير في ازدياد الافراز البولي اذ من المعلوم أنه بضغط متساوية فذ
من غشاء حيوي مقدار عظيم من السائل الزلالي قليل التركيز اكثر من سائل
كثير التركيز لكن الظاهر ان هذا الامر غير كاف في توجيه ازدياد الافراز
البولي الكثير المشاهدة في الدور الثالث من داء بريكت المزمن ثم انه تبعا لما
ذكرنا لايدل كل من آلام القسم الكلوي ولا التغيرات الواضحة في الافراز
البولي على الاصابة الكلوية الثقيلة غير ان معرفتها ليست عسرة من منذ
ما تفقه الحاذقون من الاطباء للبحث عن بول المرضى بالدقة فالمرضى تلتجئ
الى المارستانات عقب حصول الاستسقاء عندهم ومتى صار التشخيص ونفي
أسباب باقي الاستسقاء قوي الظن بان ذلك ناتج عن داء بريكت فالبحث عن
البول يؤيد ما ذكر وبذا يتأكد التشخيص وأما في الطب العملي بين المرضى
من العامة فيعرف هذا المرض من حذاق الاطباء قبل ظهور الاستسقاء عندهم
وظهور هذا المرض في معظم الاحوال يكون بالكيفية الآتية وهي ان
المرضى تستشعر بتناقص في قواها منذ زمن طويل ويكتسب لون الجلد
والاغشية المخاطية الظاهرة لونا ممتقعا خاليا عن الدم ويتحقق عندهم ان جميع
الوظائف لم تزل تامة على حالتها الطبيعية ولا يعلمون سبب الضعف وامتقاع
اللون والطبيب المندوب لايجد بالبحث الجيد ظواهر مرضية في باقي الاعضاء
التي تظهر فقر الدم وضعف القوى فيبحث عن البول فيجده كثير المواد
الزلالية فحينئذ يتضح سبب الاضطراب المذكور ولا حاجة الى التوضيح بان
الفقد اليومي لكمية عظيمة زلالية من الدم تبلغ في اربع وعشرين ساعة من
اثني عشر الى عشرين جراما يمكن استعاضته بواسطة الجواهر الغذائية

زيادة عن الفقد العضوى الطبيعى للجسم وبعبارة اخرى بان الشخص الذى يفقد من دمه من ١٢ الى ٢٠ جراما من المواد الزلالية يوميا يصير ولابد فى قعا قليل الدم ضعيف القوى

وحيث انه بالبحث عن البول يمكن معرفة هذا المرض قبل طرو الظواهر الاستسقائية وبعدها فمن الواجب بيان أوصاف البول فى هذا المرض فنقول البول المنفرز يكون ذا لون أصفر لامعا ولكونه اكثف لزوجة من البول الطبيعى بسبب احتوائه على المواد الزلالية يكون أكثر رغوة وتمكث رغوته زمنا طويلا زيادة عن البول الخالى من الزلال ووزنه النوعى يكون متناقصا بسبب تناقص البولينا وكذا الاملاح فيه سيما الاملاح الكلورورية الصودية مالم يطرا على المريض امراض حمية وتناقص احتواء البول على البولينا فى ابتداء هذا المرض لاينبغى ان ينسب لاحتباسه فى الدم بل الذى يظهر انه فى هذا المرض الذى يكون فيه البول خفيفا رهيفا والتبادل العنصرى ضعيفا يتناقص تكوين البولينا كما يشاهد ذلك فى جميع أحوال مائية الدم وأما تناقص الاملاح البولية خصوصا الكلورورية القلوية فيمكن توجيهه بمشاهدات المعلم سميد التى على مقتضاها يكون احتوا الدم على الاملاح عظيما كلما كانت زلاليته قليلة والعكس بالعكس ومن المهم بالنسبة لهذه الظواهر وجود الاملاح الكلورورية القلوية فى الارتشاحات الاستسقائية عند المصابين بالاستسقاء وأهمية ذلك الامر الاخير تتضح من قلة احتواء البول على الاملاح المذكورة كلما ازداد الاستسقاء وازدياد احتوايه عليها من الحالة الطبيعية متى حصل تناقص فى الاستسقاء كما قاله ليبرمايستر وان سخن البول (بعد اضافة نقط من حمض الخليك عليه فيما اذا كان قلويا) واضيف اليه حمض ملح البارود انعقد الزلال الموجود فيه وكمية الاخير تكون تبعا لفريركس من ٢ : ٥ : ١٥ فى المائة والبول الزلالى الذى يستمر فى اثناء سير هذا المرض ولا يزول الا زمنا فزمنا لم يتم توجيهه توجيها كافيا ولا يعتبر الزلال فى البول والنضح الانبوبى متحصلا التهابيا على السطح السايب من القنوات البولية فانهما يوجدان فى البول بمقدار عظيم جدا بدون تغير التهابى كلوى والذى نقول به ان احتواء البول على الزلال

نتيجة فقد أو تغير فى الطبقة البشرية من القنوات البولية ومن المعلوم ان عدم وجود الزلال فى البول الطبيعى امر غريب بالكلية عند الفسيولوجيين ولذا القضا والقول بان الزلال يرتشح ولابد مع ماء واملاح البول فى الكلية وانما يرتكنون فى ذلك الى النظريات القايلة بان فقد الزلال من البول الطبيعى متعلق ولابد بوجود الطبقة البشرية فى القنوات البولية سواء كان الزلال المرتشح يخدم لتغذية تلك الاخلية البشرية أو بان كانت الطبقة البشرية تنوع بكيفية غير معلومة أحوال ارتشاح هذا الجوهر ونفوذه واذا ترك البول سا كنا فى اناء رسب منه راسب مبيض وبالبحث المكروسكوبى توجد فيه الاسطوانات الليفية التى تكون ابتداء مغطاة باخلية بشرية على حالتها الطبيعية ثم بعد ذلك قد تكون عارية وتارة مغطاة بنقط شحمية وزيادة عن ذلك يوجد فى الراسب المذكور اخلية بشرية آتية من القنوات البولية

ثم ان البحث عن البول من الوسائط المهمة التى يعتمد عليها فى تشخيص الالتهاب الكلوى الجوهرى ولذا لا ينبغى للطبيب تأخير الشروع فيه حتى تظهر اعراض الاستسقاء العام اذ فى كثير من الاحوال تتضح اعراض تغير التغذية العامة والضعف وبهاتة لون الجلد والاغشية المخاطية والضعف العضلى وتتضح اعراض الانيميا واضطراب التغذية العامة قبل الاستسقاء العام فيجب على الطبيب الاهتمام ان أمكن بالبحث عن البول قبل حصول هذا العارض اذ بذلك يمكن الوقوف على حقيقة هذا المرض قبل حصول الاستسقاء العام

ثم ان الاستسقاء هو العرض الاكثر وصفا لهذا الداء بل يكاد ما عدا احوال استثنائية يفقد فيها ويبتدى فى معظم الاحوال بحالة الاستسقاء اللحمى فاول ما ينتفخ عادة الوجه والاقدام ثم الاطراف العليا ثم جدر البطن ثم الصفن ومن الاوصاف الخاصة بهذا الانتفاخ الاوذيماوى انتقاله من محله بحيث يرى انتفاخ الوجه والاطراف العليا فى بعض وفى آخر تنتفخ الاطراف السفلى او جدر البطن او الصفن مع زوال الانتفاخ فى الاجزاء المذكورة سابقا

واذا كان المريض غير مضطجع فى فراشه اوماشيا مدة النهار تكون الاطراف السفلى كثيرة الانتفاخ فى مدة ساعات المساء واما فى ساعات الصباح فيكون كل من الارجل والظهر والاليتين والايدى أكثر انتفاخا وكلما كان تكون الاستسقاء الحمى بطيئا ازداد فقد مرونة الجلد ولذا يبقى انبعاج الاصبع مدة مستطيلة من الزمن و ينضم الى هذا الاستسقاء فيما بعد اعراض الاستسقاء الزقى والبليوراوى والتاموري فاذا كان مسير الاستسقاء العام سريعا جدا وصل هذا الاستسقاء فى بعض اسابيع قليلة الى درجة عظيمة جدا وفى هذه الحالة قد يحصل من الانتفاخ الاوذيماوى السريع والتوتر الشديد للجلد التهابات اوغنغرينة فيه سيما الصفن أو الشفرين العظيمين وفى الاحوال الشديدة جدا قد يتمزق الجلد فى اصفار كثيرة ويرتشح من سايل مصلى بكمية غزيرة جدا ثم انه يعسر علينا توضيح كيفية حصول الاستسقاء العام فى داء بريكت فان الاستسقاء قد يظهر كما ذكرنا غالبا مع غزارة الافراز الكلوى وحينئذ لا يمكن ان ينسب لازدياد الضغط الجانبى فى اوردة الجسم بسبب عوق الافراز البولى وهو السبب الذى انبنى عليه حصول الاستسقا فى الالتهاب الكلوى الليفى الحاد لكن مع ذلك ان حصل وقوف وقتى فى الافراز البولى فى اثناء سير المرض الذى نحن بصدده ازداد الاستسقاء بسرعة عظيمة كما انه فى الاحوال التى فيها يكون الافراز البولى معاقا فى اثناء سير هذا المرض يكتسب الاستسقاء ولا بد كذلك درجة عظيمة جدا فى زمن قليل والمرض يكتسب سيرا قمت الحاد ولاشك فى ان سوء القنية المائى وتناقص الزلال فى مصل الدم يساعد فى حصول الاستسقاء ففى هذا الداء الذى نحن بصدده يسير فى اوعية الجسم الشعرية سايل قليل الاحتواء على المادة الزلالية بسبب فقدها المستمر ولذا يحصل ارتشاح قوى غير طبيعى من الاوعية الشعرية فى هالات المنسوجات و يعود الى الاوردة كمية قليلة من السايل الجوهرى بين الخلايا ومن المحقق الذى لاشك فيه ان دخول السوايل من هالات المنسوجات فى الاوعية يزداد ويكثر كلما كان الفرق فى التركز بين السايل المحتوية عليه الاوردة والخارج عنها عظيما وحيث انه فى الالتهاب الكلوى الجوهرى

يكون هذا الفرق قليلا عن الحالة الطبيعية فمن الواضح كثرة خروج السايل
من الاوعية وقلة عوده اليها وهناك مشاهدات اكلينيكية تويد تلك
النظريات فقد نشاهد أحوال اكلينيكية من هذا المرض فيها يتقدم
حصول الاستسقاء ويرتقى الى درجة عظيمة عقب الاستفراغات الدموية
المفعولة خطأ أو التقيحات الغزيرة وتناقصه عقب تعويضها ومع ذلك فسوء
القنية المائى ليس هو السبب الوحيد بل ولا من القريب للعقل انه هو السبب
الرئيس فى الاستسقاء الذى يصاحب داء بريكت فاننا لا نشاهد فى باقى
انواع سوء القنية المائى استسقاعاما عظيما كما فى الداء المذكور ويظهر
الاستسقاء فى هذا المرض غالبا بسرعة عظيمة ولا يكون موازيا فى السير
مطلقا لدرجة فقر مصل الدم من المواد الزلالية كما وان تنقل الاستسقاء
السريع الذى سبق ذكره فى المحال التى يظهر فيها ينافى تعلقه بسوء القنية
المذكور ولو استفرغنا من حيوان كمية من الدم وحقنا اوعيته بكمية من
الماء بدلا عن ذلك لما حصل له استسقاء وبالجملة يظهر لنا انه يوجد زيادة عن
ظواهر الاستسقاء اصابات مرضية التهابية بكثرة وذلك يدل على ان كلا من
الارتشاحات الاستسقائية والنضح ورقة مصل الدم مبنى على اضطرابات
جوهرية غير معلومة بالدقة

ثم انه قد يشاهد مدة سير الالتهاب الكلوى الجوهرى ازدياد مستمر فى جميع
الاعراض سيما ازدياد الاستسقاء العام ازديادا عظيما جدا بحيث يمتد الى
التجاويف المصلية والاخلية الرئوية ويؤدى لحصول الموت بدون مضاعفات
أخرى لكن فى غالب الاحوال يشاهد مدة سير هذا المرض انحطاطات
وثوران بحيث تحسن حالة المرض ويتناقص احتواء البول على المواد
الزلالية ويزول الاستسقاء العام ثم عما قليل من الزمن تتثاقل حالة المرض
ثانيا وتشتد جميع الاعراض ثم تحسن ثانيا وهكذا يظهر المرض تقلبات
مختلفة وفى مثل هذه الاحوال المستطيلة المدة يندر ان يستمر الحال على
الاعراض السابق ذكرها بل الغالب طرو أعراض اخرى وهى عبارة اما عن
مضاعفات للمرض الاصلى او نتايج له لا واسطية ولنذكر من ذلك ابتداء
الالتهابات الرئوية والبليوراوية والتامورية والبريتونية والسحائية لانها

كثيرا ما تضاعف داء بريكت ولان المرضى طالما تهلك بها أكثر من هلاكها
بظواهر التسمم البولى الاتى ذكره والتهابات الرئة والبليورا الخ لا تميز
بشئ فى سيرها عن الالتهابات التى تصيب اشخاصا قليلى الدم ويندر ان تهلك
المرضى فى ابتداء حصولها بل الغالب ان يوجد فى الجثة بجوار آثار
الالتهابات الانتهائية بقايا تغيرات التهابية اخرى تقدم حصولها كالتصاق
البليورا والوريقات التامورية وثخن البريتون والتصاقاته

ومنها النزلات الشعبية والمعوية فانها كثيرا ما تضاعف الالتهاب الكلوى
الجوهرى فالاولى لا تتميز بصفات خاصة بها ولوان افرازها فى بعض الاحوال
كثيرا ما يكون غزيرا جدا واما الثانية فانها تكاد تتصف على الدوام
بارتشاح مصلى غزير وتستعصى بالكلية ويكاد يظهر ان السبب الاصلى
الذى ينتج عنه ارتشاح كمية عظيمة من السايل فى المنسوج الخلوى تحت الجلد
هو الذى يؤدى الى ارتشاح غزير على السطح السائب للغشاء المخاطى
الشعبى والمعوى وحيث ان النزلات الشعبية والمعوية لا تضاعف الاستسقاء
فى جميع الاحوال لا بد وان نعترف بان كيفية ظهور هذه النزلات غير
واضحة بالكلية

ومنها أوذيما الرئة المزمنة وهى تحصل بكثرة جدا تبعا لتجاربى فى أثناء سير
داء بريكت وتؤدى لعسر عظيم فى النفس وسعال متعب للغاية ولا يندر ان
يحصل قئ عند اشتداد نوب السعال وقد شاهدت عدة مرات هذه التنفس
عند المرضى بعض زمن وزوال السعال والخراخر الرطبة متى حصل عندهم
مدة القئ نفث غزير

ونوب الربو البولى التى يقال انها تحصل فى أثناء سير داء بريكت انما تنتج
غالبا عن أوذيما الرئة

ومنها ان كثيرا ما يوجد عند المرضى المصابين بالتهاب كلوى جوهرى
تغيرات فى القلب فانه كثيرا ما يوجد زيادة عن التصاق التامور بالقلب
الناتج عن التهاب تامورى سابق وآفات عضوية فى الصمامات ناتجة كذلك
عن التهاب الغشاء الباطنى من القلب الذى لا يندر حصوله فى أثناء سير هذا
المرض ضخامة فى القلب سيما فى البطين الايسر وقد ذهب المعلم تروبه الى ان

ضخامة القلب انما تنتج عن اضطراب الدورة الكلوية وازدياد فعل القلب ومجهوده وأما بروغير فانكر ذلك وذكر ما ينافيه وهو ان ضخامة القلب تحصل أيضا فى دور داء بريكت الذى ليس فيه اضطراب دورى واضح فى الكلية ومن الضرورى جمع جملة أحوال حتى يتضح الاختلاف فى ذلك وعلى كل حال قد تحصل ضخامة عظيمة قلبية فى الدور التالى لهذا المرض ومع ذلك فمن الاكيد ان اضطراب الدورة الكلوية ليس هو السبب الوحيد فى الضخامة المذكورة ومن المعلوم ان اعراض الضخامة ليست كثيرة الوضوح لكن بالالتفات لكثير من المصابين بهذا المرض يوجد ولابد اشتداد فى ضربات القلب أو الغاط واضحة عند فقد الاولى

ومنها التسمم البولى واعراضه تفقد فى كثير من أحوال الالتهاب الكلوى الزلالى وظهورها اما ان يكون تدريجيا أو فجائيا وفى بعض الاحوال تكون مسبوقة بتناقص فى الافراز البولى وفى النادر قد يحصل فيه ازدياد فى أثنائها أو قبل ظهورها ومتى حصل للمرضى الم فى الرأس ووقوع فى حالة هبوط خيف من حصول هذا العارض ويزداد الخوف متى انضم لهذين العرضين قيئ مستعص جدا بحيث يظن وجود آفة عضوية فى المعدة وجميع هذه الظواهر قد تزول أحيانا بدون أن تعقب باعراض ثقيلة لكن فى أحوال أخرى يزداد انحطاط المرضى ووقوعهم فى حالة تنعس أو نوم عميق أو يظهر عندهم تشنجات ذات شكل صرعى ويندر ان تكون ذات شكل تيتنوسى ويعقب هذه التشنجات ولو لم تسبق بالخدر تنعس عميق مع تنفس شخيرى ونوب هذه التشنجات تتكرر فى أزمنة كثيرة الحصول أو قليلها لكن الخدر يتثاقل على الدوام وتهلك المرضى فى حالة شلل عمومى ولا يندر ان تتحسن هذه الظواهر بحيث تتباعد النوب التشنجية عن بعضها ويتناقص الخدر وتزول اعراض التشنج البولى شيأ فشيأ لكن لا مانع من ترددها ثانيا بعد بعض اسابيع أو اشهر ولم نقف على حقيقة الجوهر المسم الذى يحتبس فى البول فيحدث التسمم البولى كما ذكرنا فى المبحث السابق بل توجيه هذا العرض فى هذا المرض من وجه آخر اصعب مما فى المرض السابق فقد شوهدت أحوال كثيرة من التسمم البولى مدة سير الالتهاب الكلوى الجوهرى بدون

انقطاع الافراز البولى فلو كان خروج البولينا وغيرها من الجواهر التى ينبغى انفذاقها من الدم فى متحصل القنوات البولية بمجرد نواميس الاندسموز لما أمكن توجيه تراكم تلك الجواهر فى الدم مع غزارة الافراز البولى ولذا يجب علينا القول بان للاخلية البشرية للقنوات البولية تأثيرا عظيما ولابد فى تكوين البول وتركيبه وان تغيرها المرضى وتلاشيها ينتج عنه كذلك تغير فى تركيب الدم ولو انفرز من الكلية مقدار عظيم من الماء والذى نعتقده ان نسبة الظواهر العصبية التى تظهر فى أثناء سير الالتهاب الكلوى الجوهرى كالام الرأس والتشنجات والكوما ونحو ذلك لمجرد تسمم الدم من الامور المجاوزة لحد الحقيقة وننضم بالنسبة لبعض الاحوال الى رأى المعلم ترويه وان كان مجاوزا أيضا لحد الحقيقة القائل ان تلك الظواهر البولية تنسب لاوذيما الدماغ وانيميته الوعائية الشعرية ومما يسر فى انتشار رأى القائل به من منذ زمن طويل بان الظواهر المعبر عنها بظواهر انضغاط الدماغ فى أحوال انبعاجات الجمجمة والانزفة الدماغية والاورام والخراجات والنضوحات الالتهابية والارتشاحات المصلية التى بها يضيق متسع تجويف الجمجمة تنسب ولابد لعوق أو انقطاع ورود الدم الشريانى الى الاخلية العصبية والالياف لهذا العضو وازدياد انتشاره شيأ فشيأ من منذ زمن ظهور أول طبعة من كتابى هذا ولكنى اعتقد ضد التجربة المعلم منك أنه ليس من الثابت ولا من القريب للعقل ان الاوذيما الدماغية الحادة التى تحصل فى أثناء سير داء بريكت ليس لها سبب آخر خلاف أسباب الاوذيما التى تحصل فى باقى اجزاء الجسم والتى تنسب لازدياد الضغط الجانبى فى الشرايين الدماغية وزيادة عن ذلك يظهر لى ان نسبة جميع أحوال التسمم البولى الى انضغاط أوعية الدماغ والانيميا الدماغية بعيد عن الحق أيضا والذى اقول به فى المسئلة التى نحن بصددها هو أنه فى أحوال الالتهاب الكلوى الجوهرى المزمن يشاهد أوذيما فى الاعضاء المختلفة لم تعرف أسبابها معرفة تامة ومن الواصف لهذه الاوذيما انها تغير محلها كما أنه فى أثناء سير هذا المرض قد تظهر أوذيما رئوية تارة بسرعة وتارة ببطء وهى اما ان تؤدى الى الهلاك أو تزول عما قليل من الزمن وكذلك

الدماغ قد يصير من أسباب غير معروفة فى أثناء سير داء بريكت مجلسا لاوذيما تحت الحادة أو حادة يهلك بها عدد عظيم من المرضى أو تحسن حالتهم وتصير مطاقة مدة من الزمن طويلة أو قصيرة بعدما تغير الاوذيما مجلسها فبعض الاحوال المعبر عنها بالتسمم البولى يكون متعلقا باوذيما الدماغ والانيميه الشعرية الناشئة عنها وكون النوبة التسممية البولية تتعلق باوذيما الدماغ لا بتسمم الدم يستنبط ذلك من أمور وهى أنه متى حصلت النوبة بحالة كوماوية ثقيلة تتقطع بتشنجات اكلاميسية وكان الافراز البولى وقت طرو النوبة على حالته الطبيعية أو متزايدا وكان طرو هذه النوبة مصحوبا باوذيما شديدة فى الوجه وكان عند المرضى مدة النوبة ازدياد عظيم فى ضربات الشرايين السباتية وهى علامة مهمة يستدل منها على شدة امتلاء تجويف الجمجمة وعوق انصباب الدم فى هذا التجويف

ومن مضاعفات الالتهاب الكلوى الجوهرى أيضا ضعف الابصار او فقده بالكلية وحصول ذلك يكون اما تدريجيا أو بغتيا وقد نسب ذلك بعضهم الى التسمم البولى وسمى هذا العارض بضعف الابصار او الكمنة البولية التسممية وقد استبان فى زمننا هذا ان سبب هذه الافة انسكابات دموية أو تغيرات التهابية ذات شكل مخصوص فى الشبكية حتى انه أمكن تشخيص داء بريكت بمجرد البحث بالافتالمسكوب (أى المرآة العينية)

وأما مدة الالتهاب الكلوى الجوهرى وانتهاؤه فمختلفة فان هناك أحوالا فيها ينتهى سير هذا المرض فى مدة من ستة أسابيع الى ثلاثة شهور وبعض أحوال يمتد فيها سنين عديدة والغالب انتهاؤه بالموت ولو كان غالبا من المضاعفات لا من نفس المرض الاصلى ويندر الشفا التام وان أمكن حصوله وكلما أزمن المرض يندر انتهاؤه بالشفا ومتى حصل الشفا المصاب بهذا المرض فى مدة قصيرة يقع الشك فى المريض هل هو مصاب بالالتهاب الكلوى الجوهرى اوذى الغشاء الكاذب الذى هو أسلم عاقبة مما قبله كما ذكرنا

(المعالجة)

ينبغى ان يوصى فى المعالجة السببية والواقية لهذا المرض بالتدثر بالصوف وبالبعد عن المساكن الرطبة الباردة والسكنى فى المساكن الجافة الحارة

ويتجنب الخروج وقت اختلاف الاهوية وبرودتها وفى المساء البارد وتوصى الاشخاص المقتدرون القاطنون فى جهات قاسية الاهوية رطبتها أو الشواطى ذات الارياح القوية بتغيير محالها أو اقليمها وتوصى بالامتناع عن الافراط من تعاطى المشروبات الروحية واستعمال المدرات البولية الحريفة والكبابة الصينى و بلسم الكوباى والافاويه ونحو ذلك

ثم ان معرفة كون داء بريكت أفة انهابية ليس تحت ذلك كبير طايل بالنسبة للمعالجة بحيث ان المعالجة المضادة للالتهاب لا تستعمل فى أى دورمن أدواره وفى المعالجة المؤسسة على طبيعة المرض يوصى باستعمال المحولات على الامعاء بواسطة المسهلات الشديدة والمعرقات على الجلد وسنذكر هاتين الواسطتين العلاجيتين فيما سيأتى عند الكلام على معالجة الاستسقاء اللحمى الذى هو عرض لهذا المرض وقد أوصى فريركس فى هذا المرض باستعمال حمض التنيك واطنب فى مدحه والمقدار الذى يعطى منه من قمحتين الى ست ممزوجة بخلاصة الصبر على هيئة حبوب ويعطى هذا المقدار فى النهار مرتين أو ثلاث وقال انه بانفرازه مع البول على صفة حمض العفصيك يؤثر تأثيرا جيدا فى الكلية فيحدث تناقص المواد الزلالية ومع ذلك فقد اعترف فريركس انه وان شوهد تناقص فى الزلال من البول فى الاشكال المكمنة من هذا المرض الا انه يندر مشاهدة زواله من البول زوالا كليا وتجاربنا الخصوصية لا تؤيد كثرة جودة هذا الجوهر الدوائى وأما المعالجة العرضية فاتمامها يعقب بنجاح تسكينى عظيم ولو انناذكرنا ان الحكم على عاقبة هذا المرض غير جيدة الا ان معالجة داء بريكت لا تعد من المعالجات الخالية عن الفايدة وقد ذكرنا ان فقد الزلال من الدم هو السبب الاصلى لاغلب اعراض الالتهاب الكلوى الجوهرى ولذا كان من اهم الامور فى معالجة هذا المرض تعويض فقد الزلال بواسطة استعمال الغذاء المقوى المحتوى على عناصر ازوتية معوضة بكثرة وجواهر علاجية مطابقة لذلك فيعطى من البيض الطرى والالبان والامراق القوية واللحوم المحمرة كمية عظيمة بقدر ما تتحمله القوة الهاضمة عند المريض فلربما بذلك يمكن تجنب حصول الاستسقاء ولذا ان المرضى ذوات الثروة المقتدرين فى

معيشتهم يمكنهم تحمل فقد الزلال جملة من السنين بدون ضرر بخلاف الفقراء
فانهم يهلكون بسرعة من هذا المرض وماذاك الا من كون الاولين عندهم
مقدرة على تعويض الفقد الحاصل لهم دون الآخرين ومع ذلك يوصى
باستعمال مقدار مناسب من البوزة القوية والنبيذ الجيد اذ بذلك يتناقص
الفقد العنصرى وتحسن التغذية والموافق من الجواهر الدوائية هى
المركبات الكينية والحديدية وكثير من الاطبا الذين لا يعترفون بثمرة الطرق
العلاجية وفقد منفعتها من رفض الاستحضارات الاولى و ينكر ان لها
تأثيرا مقويا به تشتد وتقوى الالياف الاصلية للمنسوجات وفى هذا العصر
الذى هو عصر رد الفعل بالنسبة للمذهب القائل بفقد منفعة الطرق العلاجية
مدحت ثانيا الجواهر المقوية بكثرة لاسيما الاستحضارات الكينية وعادلها
شرفها ويظهر فى الحقيقة ان لها تأثيرا جيدا على حالة التغذية وتقويتها
وذلك لكونها تنقص الفقد العنصرى الغذاوى وكذا الاستحضارات
الحديدية جيدة المنفعة فى هذا المرض واستعمالها فى محله وذلك لكون
المتناقص ليس فقط المادة الزلالية بل الكرات الدموية أيضا ولا شك ان
للاستحضارات المذكورة تأثيرا جيدا لا ينكر فى تكوينها وان الاهمال فى
استعمال تلك الجواهر والبحث عن وسايط علاجية نوعية واستعمال المدرات
البولية بدون تعقل عند طروء الاستسقاء شهادة قوية على جهل الطبيب
وقد استعملنا فى عدة من الاحوال التى ذكرها الطبيب سميد وشرحها فى
رسالته التدبير الغذائى اللبنى الصرف وشاهدنا منه نجاحا عظيما عند كثير
من المرضى بعد ان لم يحصل ادنى ثمرة من طرق علاجية اخرى فما كان يعطى
للمرضى ادنى محة من الجواهر الدوائية انما كانت تتعاطى كل يوم من ليترين
الى ثلاثة من اللبن (اعنى من أربعة ارطال الى ستة) فبعد الاستمرار هكذا
مدة أربعة اسابيع على هذه الطريقة العلاجية اللبنية المذكورة امكن بعض
المرضى التى كانت فى حالة يأس التخلص من الاستسقاء وازدادت قواها
وتحسنت هيئتها وأمكنها مباشرة اشغالها ولو الشاقة وفى أثناء هذه
المعالجة لم يزل الزلال من البول بالكلية الا فى حالة واحدة وأما فى باقى الاحوال
فانه لم يزل مستمرا ولا تتعرض لتوجيه التأثير الجيد للمعالجة اللبنية المطلقة فى

داءبريكت أذلاطايل فى ذلك
ثم ان لم يتيسر منع حصول الاستسقاء بالكيفية السابق ذكرها أوازالته ان كان موجودا يوصى ولابد باستعمال طريقة علاجية معرقة ولا يرجى حصول النجاح فى ذلك من الاستحضارات النوشادرية كروح منديرو أى خلات النوشادر السايل ولا من الاستحضارات الانتمونية ولا من غيرهما من الجواهر الدوائية المعرقة بل الذى يرجى النجاح فيه هو التعريق بواسطة الحمامات الفاترة فقد شاهدت زوال الاستسقاء العظيم جدا عند المرضى فى أسابيع قليلة زوالا تاما متى صار استعمال حمام فاتر من درجة ٢٠ الى ٣٠ روميركل يوم ولفها سريعا بعد الحمام بحزمة من الصوف مدة ساعة او ساعتين حتى يحصل التعريق وتوليد العرق بذلك عظيم جدا بحيث أمكن نزا كم نحو الثمانين سنتيمترا مكعبا من العرق وجميع هؤلاء المرضى كانت توزن قبل التعريق وبعده فالتقاويم اليومية الاكلينيكية أوضحت ان المرضى كانت تفقد من وزنها اثناء التعريق من رطلين الى ثلاثة أوار بعة بل أزيد من ذلك لكننا لا ننكر ان هذه الطريقة لم تجد نفعا فى بعض الاحوال وان المرضى المنهوكين تتأثر من هذه الطريقة تأثيرا عظيما بحيث لم يمكنا الاستمرار على استعمالها وبالجملة نذكر اننا قد شاهدنا فى حالة ظهور نوب التشنجات البولية عند تناقص الاستسقا فان الفقد المائى بواسطة الجلد يحدث ولابد تركزا فى الدم وبذلك يوجه امتصاص السايل بين الخلايا وحيث ان هذا الاخير يشتمل فى أحوال الالتهاب الكلوى الجوهرى على البولينا وغيرها من المتحصلات الافرازية فمن الجايز ان التعريق الغزير يساعد على تحمل الدم بتلك العناصر وعلى ظهور التسمم البولى لكن من البحث الدقيق فى الحالة المذكورة اتضح مع التقريب نفى وجود الارتباط السببى بين المعالجة المعرقة وطروالظواهر البولية التسممية
ومهما قيل طبقا للنظريات ضد استعمال المدرات فى هذا المرض فلابد من الالتجاء اليها فى الاحوال الميؤس فيها وينبغى ولابد الاحتراس من استعمال المدرات البولية الحريفة كبصل العنصل والزراريح وحب العرعر ونحو ذلك من الجواهر المدرة الحريفة بخلاف بعض الاملاح المدرة للبول كملح الطرطير

وطرطرات البورق وخلات البوتاسة بمقدار عظيم من ٥ جرام الى ١٥ كل يوم فان لها تأثيرا جيدا فى بعض الاحوال فقد شاهدت طبيبا اعتراه الاستسقاء جملة مرار وكان يتخلص منه كل مرة باستعمال مصل اللبن مع ملح الطرطير الذائب ومقادير صغيرة من مسحوق دوفير

ولنذكر اخيرا استعمالات المسهلات الشديدة الموصى بها أحيانا لاجل مضاربة الاستسقاء فى هذا المرض فانه بواسطة الافرازا لمعوى المائى الغزير يمكن كذلك احداث تركز فى الدم ومساعدة امتصاص التجمعات الاستسقائية واعظم دليل لى ذلك الهيضة والمشاهدات التى فعلت فيها اذ كثيرا مايحصل عقب الاستفراغ المعوى الغزير تكاثف سريع فى الدم وامتصاص الانسكابات المصلية الاستسقائية والالتهابية واوضح شاهد على ذلك هو حالة اكلينيكية شوهدت فى اكلينك تيبنجن وشرحها المعلم ليبرميستر وهى حالة تخص مريضا مصابا بداء بريكت ثم هلك بالدوسنطاريا فانه فى هذه الحالة حصل تناقص كلى فى الاستسقاء العام أثناء الايام الاخيرة من الحياة عقب الافرازات المعوية الغزيرة المتكررة مع ان الاستسقا كان عنده من منذ زمن طويل ومن الموجب لمدح المسهلات الشديدة فى هذا المرض كونه باستعمالها لا يحصل تأثير مضر على الكلية ومع ذلك فلا يلتجا لاستعمالها الا عند الضرورة العظيمة فان المرضى تتأثر تأثيرا عظيما والهضم يضطرب جدا باستمرار استعمالها والمسهلات الشديدة الاكثر استعمالا فى الاستسقا الكلوى هى الصمغ النقطى بقدر ستة سنتى جرام مسحوق أو حبوب الحنظل على شكل مطبوخ من ٤ جرام الى ٨ على ١٨٠ جراما من الماء (أعنى من درهم الى درهمين على ست اواق من الماء) أوعلى شكل صبغة (من خمس نقط الى ١٥ ثلاث مرات كل يوم فى سايل غروى)

وأوصى فريركس فى التسمم البولى باستعمال الحوامض لاسيما حمض الجاويك طبقا النظرياته والاجود فى ذلك استعمال المسهلات الشديدة والمكمدات الجليدية على الرأس وعند اتضاح التشنجات البولية التسممية ينبغى استعمال الحقن بالمورفين تحت الجلد او الكلورال أو برومور البوتاسة

من الباطن وعند تهديد الشالل العمومى تستعمل المنبهات كالقهوة والنبيذ والاتير وغير ذلك

المبحث الخامس فى الالتهاب الكلوى الحقيقى
ويسمى بالالتهاب الكلوى الخلاى وبخراج الكلا وبالبورات الانتقالية للكلا

(كيفية الظهور والاسباب)

فى الشكلين المتقدم ذكرهما من التهابات الكلية وهما داء بريكت الحاد والمزمن تحصل التغيرات المرضية الرئسة فى القنوات البولية وأما المنسوج الكائن بينها فلا يصاب الا بكيفية ثانوية وأما فى المرض الذى نحن بصدده النادر الحصول فتكون الاصابة فى المنسوج الخلوى الضام للقنوات البولية والمحافظ الملبيجية مع بعضها

ومن الاسباب المحدثة لهذا المرض بكثرة جروح الكليتين ورضهما ويندر ان يكون حصولهما من أسباب مؤثرة ظاهرية وما ذاك الا لاختفا وضع الكليتين وصونهما عن المؤثرات الخارجية وأكثر من ذلك حصول جرحهما بواسطة تراكم الحصوات التى فى الحويض ومنها البول النوشادرى المنفسد فى الحويض المؤدى لحصوله تضايق القناة البولية وانتفاخ البروستة وشلل المثانة عقب أمراض النخاع الشوكى والتهيج الذى يطرأ فى مثل هذه الاحوال يكون كيماويا لاميخانيكيا ومنها امتداد التغير الالتهابى من المسالك البولية الى الكليتين فانه من الواضح ان التهاب الحويض الكلوى يؤدى بسهولة الى التهاب الكلية نفسها بواسطة امتداد الالتهاب منه الى جوهر هذا العضو لكن من المشكوك فيه انضمام الالتهاب الكلوى الى التهاب المثانة أو السيلان المجرى بدون سعى الالتهاب وامتداده الى الكلية وبدون تراكم البول المنفسد فى الحويض ومنها امتداد التغير الالتهابى من الكلية الى المنسوج الخلوى المحيط بها أو البريتون أو غيره من الاعضاء المجاورة ومنشأ الالتهاب الكلوى بهذه المثابة نادر جدا ومنها السدد السيارة للاوردة الكلوية الصغيرة ودخول جواهر عفنة أو ميازماتية فى الدم وبذلك ينشأ الالتهاب الكلوى المعروف بالانتقالى الذى يشاهد فى أحوال التهاب الغشاء الباطن

من القلب والآفات العضوية للصمامات وجميع الاحوال المرضية المعبر عنها بلفظ البيميا أى التسمم الصديدى للدم وفى الامراض التسممية الحادة فاما المنشأ السددى للبورات الاسفينية التى تحصل فى الكلية بكثرة كحصولها فى الطحال عقب أمراض القلب السابق ذكرها فلا شك فيه وأما البورات الانتقالية الصغيرة التى توجد فى الكلية فى أحوال التسمم العفن للدم والحمى النفاسية والادوار الاخيرة من التيفوس فلا يتيسر على الدوام اثبات منشاءها بواسطة السدد السيارة السابحة وأما منشأ الالتهاب الكلوى الخلائى بواسطة المدرات الحريفة او عقب تأثير البرد فمشكوك فيه

(الصفات التشريحية)

تكون الكلية فى ابتداء هذا المرض الناشئ اما عن أسباب جرحية أو تراكم البول المفسد فى الحويض أو عن امتداد الالتهاب من الحويض أو الاعضاء المجاورة متزايدة الحجم ذات لون أحمر داكن منتشر أو مبقع وقوامها متناقصا غالبا وطبقتها الغمدية محتقنة منتفخة بسبب ارتشاحها سهلة الانفصال وعند شقها يرى منسوجها غير واضح وانتهاء الاهرام فى الجوهر القشرى لا يكون ظاهرا ويخرج من سطح الشق بواسطة الضغط سائل دموى كثيف ومتى تقدم المرض زال اللون الاحمر وصار منسوج الكلية أسمر سنجابيا ومخا بواسطة ضغط النضح الالتهابى وما احتوى عليه من الاخلية القيحية على الاوعية الشعرية للكليتين وكل من زوال اللون الاحمر وبهاتته يبتدى عادة فى أصفار صغيرة كحب الدخن وكلما تزايدت الكرات القيحية زاد اين هذه الاصفار الى أن تتكون بورات قيحية تختلط ببعضها فيما بعد وبهذه الكيفية تتكون الخراجات الكلوية الصغيرة التى تكون ذات شكل مستدير كثيرا أو قليلا فى الجوهر القشرى ومستطيل فى الجوهر الهرمى ثم يعظم حجم هذه الخراجات الصغيرة وتختلط ببعضها وبهذه الكيفية تتكون خراجات عظيمة الحجم يمكن ان تكون شاغلة لنصف الكلية أو أزيد وقد تستمر هذه الخراجات مدة مستطيلة من الزمن على حالة تكيس أى محاطة بكيس من منسوج خلوى سميك وقد تنفتح هذه الخراجات فى اتجاهات مختلفة كالحويض أو تجويف البطن أو جهة الخارج أو فى الامعا أو الرئتين بعد انثقاب الحجاب الحاجز والتصاقه

بهذه الاعضا وهناك انتهاء آخر للالتهاب الكلوى الخلوى الذى يشاهد خصوصا فى الشكل المزمن منه وذلك ان المنسوج الخلوى الكلوى يحصل فيه ضخامة عظيمة عقب فقد الجوهر الكلوى الاصلى وفى مثل هذه الاحوال توجد الكلية ذات سطح غير منتظم أو تحدبات وهذه التحدبات تكون أعظم حجما منها فى الدور الثالث لداء بريكت المزمن وفى الميازيب بين التحدبات تكون الطبقة الغمدية ملتصقة التصاقا تاما وعند شق هذه الميازيب لا يشاهد المنسوج الكلوى بل يوجد منسوج خلوى ندبى

وأما الالتهاب الكلوى الانتقالى الذى ينضم لامراض القلب فليس له ميل الى التقيح وفى الاحوال الحديثة منه توجد أجزاء يابسة حمراء داكنة محدودة ذات شكل اسفينى قاعدته نحو دائرة الكلية وقمته نحو فرجتها وبالبحث الميكرسكوبى يستدل على شدة امتلاء الاوعية بمواد دموية داكنة وانسكاب الدم فى القنوات البولية وبينها والسدد الدموية الكلوية تعتريها عين الاستحالات التى شرحناها عند الكلام على السدد الدموية فى الطحال فتبتدى البورة فى امتقاع اللون من مركزها ثم تؤول الى الشفا بعد أن تعتريها الاستحالة الشحمية ويمتص الشحم فيخلف ذلك ندبة انضمام وأما البورات الكلوية الانتقالية التى تنشأ من دخول جواهر عفنة فى الدم وفى أثناء سير الامراض التسممية العامة فانها تكون أصغر حجما وأكثر عددا من السدد التى تحصل فى أمراض القلب ولها أيضا ميل عظيم للتلاشى بحيث لا توجد بورات صلبة غالبا عند فعل الصفات التشريحية بل توجد خراجات فى الكلية محاطة بهالة حمراء

(الاعراض والسير)

ا لالتهاب الكلوى الخلالى الحاد غير الانتقالى قد يبتدى كبقية الالتهابات الحادة للاعضاء المهمة بقشعريرة شديدة ويصحب ذلك آلام شديدة فى القسم الكلوى تكاد لا تفقد فى هذا الشكل من الالتهاب الكلوى وهذه الآلام تزداد ازديادا عظيما بقليل من الضغط وتصير غير مطاقة وتمتد على طول الحالبين الى المثانة والخصيتين وتتشعع حتى تصل الى الفخذ الجهة المريضة والقيء العرضى الذى ذكرنا أنه من الاعراض الملازمة للالتهاب

الكلوى الجوهرى الحاد لا يفقد فى هذا الالتهاب أيضا الا فى أحوال قليلة وافرازالبول يحصل فيه عوق عظيم بسبب الضغط الواقع على القنوات البولية ومحافظ ملبيجى من النضح الخلاى الالتهابى والبول الذى يكون متركزا عكرا دا كنا كثيرا مايكون مختلطا بالدم والحمى التى تصاحب هذا المرض من ابتدائه كثيرا ما تكتسب فى أثناء سيره شكلا تيفوسيا فتصير المرضى فاقدة للادراك ويعتريها الهذيان والكوما أو التشنجات وهذه الاعراض تنسب هنا أيضا العوق افراز البول وانضمام الدم بجواهر افرازية وقد يقطع هذا المرض سيره فى أيام قلائل ويؤدى للموت عقب شلل المجموع العصبى

والتقيح فى هذا المرض يظن بحصوله اذا استطالت المدة بدون انحطاط وظهرت مدة سيره نوب قشعريرة متكررة ويتأكد ذلك اذا خرج مع البول مواد قيحية ومتى تكون خراج فى أحد اجزاء الكلية وكان باقى أجزائها سليما اكتسب المرض سيرا مزمنا لكن الحمى لم تزل مستمرة فتنهك المرضى وتودى الى الهلاك بعد زمن ما بما يسمى بالسل الكلوى وأما التغيرات التى يكتسبها هذا المرض بمضاعفته بالتهاب الحويض والمثانة أو انفتاح الخراجات فى الاتجاهات المختلفة فلا حاجة للاطالة بذكرها

و يعسر معرفة شكل الالتهاب الكلوى الخلاى الذى فيه يزول الجوهر الكلوى فى بعض اصفارزو والاندربحيا ويحل محله منسوج خلوى ندبى والاعراض التى تشاهد عادة هى اضطراب الافراز البولى والاحساس المتكرر بحرق البول والالم الاصم فى القسم الكلوى والانتفاخات الاوذيماوية والانحطاط العظيم الذى يؤدى الى الحالة الكوماوية وباقى اعراض التسمم البولى لكن فى الغالب يعسر الاستدلال على هذا الشكل من الالتهاب بهذه الظواهر

واما شكل الالتهاب الكلوى الخلاى الانتقالى فانه يختفى فى الغالب مدة الحياة حيث لا يوجد له اعراض واضحة ومع ذلك قد شاهدت ان تكون السدد الدموية العظيمة فى الكليتين قد اصطحب بنوبة قشعريرة واشتكت المرضى بالالم فى القسم الكلوى والبول المنفرز بقلة كان مختلطا بالدم فان

وجد مجموع هذه الاعراض عند مريض مصاب بآفة قلبية ساغ لاعقل تقريبا تشخيص سدد كلوية سيما وان أمكن اثبات وجود سدد دموية فى اجزاء اخرى قبل ذلك بقليل وأما البورات الانتقالية الكلوية التى تكون فى أحوال تعفن الدم والحمى النفاسية فانها من الامور التى توجد بالمصادفة فى الصفات التشريحية ولا يظن بوجودها حالة الحياة

(المعالجة)

متى طرأ هذا المرض بكيفية استثنائية عند شخص قوى البنية على شكل التهاب حاد وجب استعمال معالجة مضادة للالتهاب بقوة كالاستفراغات الدموية الموضعية بل والعامة واستعمال المكمدات الباردة فى قسم الكلية ثم الضمادات الفاترة فيما بعد والحمية اللازمة مع استعمال المشروبات الملطفة والملينة مع تجنب الاملاح لكن فى غالب الاحوال لا يمكن اجراء معالجة قوية ومضعفة لان المرضى تكون عادة منهوكة فى الامراض المختلفة التى سبقت هذا المرض ولكون اصابة الكلية هنا تحصل بكيفية خفية فلا يكاد تعرف الا عند حصول التقيح وفى مثل هذه الاحوال لا تكون المعالجة الاسبية أو عرضية فان كان المرض الاصلى الناتج عنه تقيح الكلية والحافظ له يمكن زواله (كاحتباس البول بواسطة توسيع التضايقات المجرية أو طرد التجمعات الحصوية فى الحويض) وجب الاهتمام فى ذلك والا فيقتصر على التغذية الجيدة والهواء الجيد واستعمال المركبات الحديدية والكينا والجواهر المرة لاجل حفظ قوى المريض حتى يتم الشفاء البطئ وبالجملة فمعالجة تقيح الكلية توافق معالجة التهاب الحويض المزمن حيث ان المرض الاخير يوجد غالبا معه والتميز فى كل حالة راهنة بين التهاب الحويض التقيحى والحويض الكلوى لا يمكن الحصول عليه بالتأكيد غالبا

المبحث السادس فى الالتهاب الكلوى المحيط
أو الدائرى

(كيفية الظهور والاسباب)

المنسوج الشحمى المحيط بالكلية قد يصير بندرة مجلسا لالتهاب ذاتى وذلك

فى الغالب يكون عقب مؤثرات جرحية أو عقب تأثير البرد فى أحوال قليلة وأكثر من ذلك حصولا اشتراكه بكيفية تابعية مع التهابات الكلية التقيحية والحويض الكلوى وقد شاهدت حالة فيها امتد الالتهاب الثانى الدائرى على طول الحالبين الى المنسوج الشحمى المحيط بالكلية

(الصفات التشريحية)

التهاب المحفظة الخلوية الكلوية يؤدى غالبا للتقيح بسرعة وحينئذ يتغير لون المنسوج الخلوى وتمتلى هالاته بالقيح وتختلط بورات القيح الصغيرة ببعضها ثم ينشأ خراج ذو امتداد عظيم يمكن ان ينفتح فى اتجاهات مختلفة وفى احوال اخرى لا يحصل التقيح بل التيبس واستحالت المحفظة الخلوية الهشة الى طبقة ليفية سميكة

(الاعراض والسير)

ان ظهر الالتهاب الكلوى المحيط بكيفية حادة تكون اعراضه ذات مشابهة تامة لاعراض الالتهاب الكلوى الخلاى الحادفان كلا من الحمى الشديدة المبتدئة بنوبة قشعريرة واحدة أو متكررة والالام الشديدة فى قسم الكلى التى ترتقى الى درجة لا تطاق بانقباض العضلات المجاورة وانجذابها وحركات الجسم يوجد فى كل من هذين المرضين ومن المهم فى التمييز بينهما ان الافراز البولى لا يكون معوقا والبول لا يكون مختلطا بدم ولا مواد زلالية ولا كرات قيحية فى الالتهاب الكلوى المحيط غير المضاعف وان استطالت مدة المرض وتكون خراج عظيم فى اثناء سيره وجد فى القسم الكلوى ورم يتضح تموجه شيأ فشيأ وان اتضح الخراج فى تجويف البطن نشأ عن ذلك التهاب بريتونى قتال بسرعة وان انفتح فى المعاء امكن حصول الشفا ومثل ماذكر يكون عند انفتاح الخراج نحو الظاهر امابنفسه أو بالصناعة والاول يحصل عادة فى الظهر أسفل الاضلاع الكاذبة وذلك بعد ان تكون الالام الظهرية قد وصلت الى ارقى الدرجات عند حركات الجسم وبعد ان تتكون فى الجزء المذكور اوذيما متفاوتة الامتداد وفى أحوال اخرى ينحدر القيح على مسير العضلة الابسواسية فيتكون خراج انحدارى يظهر عادة أسفل رباط پوپار

(المعالجة)

يوصى فى معالجة الالتهاب الكلوى المحيط فى الاحوال الحديثة بالاستفراغات الدموية بواسطة العلق أو المحاجم التشريطية والوضعيات الباردة على الجزء المؤلم من الظهر واحداث افراز معوى بواسطة الزيبق الحلو أو بعض الاملاح المسهلة وفيما بعد تستعمل الضمادات الفاترة وكذا الحمامات الفاترة و ينبغى المبادرة فى فتح الخراج على حسب قانون الجراحة بيد متمرنة وابقائه على فتحه مدة من الزمن

المبحث السابع فى الاستحالة النشوية للكلية
(المعروفة بالالتهاب الكلوى الجوهرى ذى الاستحالة النشوية)
(أو تشحم الكلية)

لا يندر ان يعترى الكلية استحالة مشابهة لما يعترى الكبد والطحال بتراكم مواد فى جوهرها تشابه الاخلية النباتية عند معاملتها باليود أوحمض الكبريتيك والجواهر الغذائية الاصلية بالنسبة لتركيبها الكيماوى والاستحالة النشوية للكلية تنشأ عن نفس الاسباب التى تحدث منها فى الكبد والطحال اعنى بتأثير الاصابات المرضية المزمنة الثقيلة كالداء الزهرى والتسمم الزيبقى والراتيشسم والسل الريوى والتقيحات المزمنة لاسيما التى تنتج عن تسوس العظام وتنكرزها

وهذه الاستحالة تبتدئ من جدر الاوعية على الدوام لاسيما جدر التلافيف الوعائية والشرايين الصغيرة وتكون فى الغالب قاصرة عليها و يعترى الطبقة البشرية للقنوات البولية مع ذلك التغيرات المذكورة فى المبحث الرابع ولذا ان تسمية هذا المرض بالالتهاب الكلوى الجوهرى ذى الاستحالة النشوية مطابقة للمرض الذى نحن بصدده أكثر من تسميته بالاستحالة النشوية أو الدهنية وبالبحث بالمكرسكوب لا يمكن تمييز الكلية المصابة بهذا المرض عن التى تكون محلا لالتهاب جوهرى بسيط لكن بتأثير محلول اليود على الشقوق الرقيقة المعمولة فى الكلية زمنا قليلا يتضح التلون المحمر بالتلافيف الوعائية اتضاحا عظيما بمجرد النظر بحيث يمكن قبل البحث الميكرسكوبى عن النقط الحمر الصغيرة العديدة المخالفة اللون

الاجزاء المصفرة المحيطة بها فعمل التشخيص التشريحى مع التأكيد تقريبا وعند البحث بالمكرسكوب توجد عرى التلافيف الوعائية واضحة العرض وذات هيئة مخصوصة قليلة اللمعان وكثيرا ما تظهر المحافظ المبيضية دوائرهم بيضة مستوية قليلة اللمعان أيضا وعند وضع اجزاء الكلية المجهزة قبل البحث مدة من الزمن فى محلول اليود المخفف تكتسب لونا أحمر مصفرا واصفا ثم اذا أضيف الى محلول اليود بعض نقط من حمض الكبريتيك تتلون هذه الاجزاء بلون بنفسجى غير واضح أو ازرق داكن ويندر اشتراك الطبقة العضلية مع الاجزاء السابق ذكرها فى الاستحالة النشوية وأندر من ذلك اشتراك الطبقة البشرية للقناة البولية مع ماذكر

ثم انه متى اصيب شخص سليم من قبل بالاعراض المبينة فى المبحث الرابع وهى البول الزلالى وفقر الدم والاستسقا ونحو ذلك فلابد وان يكون بعيدا عن العقل أنه مصاب باستحالة نشوية كلوية بحيث يكاد أن ينفى شكل هذا المرض مع التحقيق لكن ان أصاب مجموع هذه الاعراض شخصا معتريه الداء الزهرى البنى المستعصى أو السل الرئوى أو تقيح مزمن اوغير ذلك من الامراض المزمنة المهلكة كان من القريب للعقل جدا ان المريض مصاب باستحالة نشوية فى الكلية أو بالتهاب كلوى جوهرى مصحوب باستحالة نشوية فى جدر الاوعية وهو الاصح فان وجد عند المريض انتفاخ فى الكبد أو الطحال وكان فى ورم الكبد أو الطحال المدرك بالجس الصلابة الواصفة للاستحالة النشوية اكتسب التشخيص تأكيدا اعظيما وقد اعتمد المعلم تروبه بالنسبة للتمييز بين الاستحالة النشوية والالتهاب الكلوى الجوهرى البسيط على زيادة الثقل النوعى للبول وتلونه الداكن فى المرض الاول ونحن كذلك طبقا للمشاهد تنافى السنين الاخيرة تحقق لنا صحة ذلك ونضيف اليه ان البول فى أحوال الاستحالة النشوية اتضح لنا جملة مرات دكنة لونه بل وتلونه بالاصفر المحمر المغاير للحالة الطبيعية وانه يوجد فيه كمية عظيمة من الانديكان كما قاله هو بسيلر وأما صفة النضح الانبوبى وكثرة الظواهر التسممية البولية أو قلتها فلا يركن اليها فى التشخيص للتمييز بين الاستحالة النشوية البسيطة والالتهاب الكلوى الجوهرى المضاعف بها وعلى كل

حال فالتمييز بين هاتين الحالتين قليل الاهمية فى الطب العملى
و بالنسبة لمعالجة الاستحالة النشوية للكلية يقال ماذكرناه فى معالجة
الاستحالة النشوية للكبد والطحال ومن المشكوك فيه زوال هذه الاستحالة
وشفاؤها وكل من الاستحضارات الحديدية ويودور الحديد الموصى بها يمكن
ان يؤثر تأثيرا جيدا فى المرض الاصلى لكن لايمكنها ايقاف الاستحالة
الكلوية وازالتها

المبحث الثامن فى الاستحالة الجوهرية للكليتين
(المعروف بالاستحالة الحبيبية للاخلية البشرية الكلوية)

كثيرا ما توجد الكليتان عند فعل الصفات التشريحية ذاتى قوام رخو قليلتى
الدم ولونهما أحمر سحابيا أومنتقعا متزايدتى الحجم قليلا وربما كانتا على
حجمهما الطبيعى وعند شقهما يمكن قشط مادة عجينية عكرة أوسحابية مصفرة
كثيرة وهذه المادة تشتمل على أخلية بشرية اما مجتمعة على هيئة حزم أنبوبية
أومتفرقة والاخلية البشرية سيما التى للجوهر القشرى تكون منتفخة
بارتشاحها بمادة زلالية وهيئتها عكرة حبيبية رفيعة ويندر ان تكون مرصعة
بكرات شحمية وآيلة للافساد العنصرى
وليس من الجائز اعتبار جميع تلك التغيرات من جملة الالتهاب الكلوى
ونسبتها للاحتقان الكلوى فان الالتهاب الكلوى الجوهرى وان حصل
فى أثناء سيره انتفاخ الطبقة البشرية للقنوات البولية واعتراها الاستحالة
والفساد يتميز ولابد بشدة التغير المرضى وامتداده وبحصوله حصولا قائما
بنفسه وبطبيعته الالتهابية عن التغيرات المرضية التى نحن بصددها بحيث
لايجوز التباس هذين الشكلين ببعضهما وجعلهما واحدا وكذا ليس من
المحقق ولا القريب للعقل القول بان الاستحالة الجوهرية للكلية (كما
سميناها فى هذا المبحث لعدم ماهو أليق منها فى التسمية) متعلقة باحتقان
كلوى وكذا ليس من الواضح لنا الميل لنسبة هذا التغير الى انضغاط
الشرايين الكلوية والاحتقان الاحتباسى الناتج عن ذلك مدة الحمل ولو صح
ان هذا التغير يشاهد احيانا فى الشهر الخامس أو السادس منه وحيث ان
التغير المرضى الذى نحن بصدده فى الطبقة البشرية لايوجد الا فى جثث

الحالكين بامراض ثقيلة أو الحبالى والنفساء فلا بد من اتباع الرأى القائل بان هذه الامراض الثقيلة والحمل التى مثلها يحدث اضطرابا عظيما فى البنية بتمامها يمكن أن ينتج عن ذلك تأثيره مضر فى تغذية المنسوجات وتأليفها الدقيق ومن القريب للعقل ان هذا التأثير يمتد الى جميع المنسوجات ولو كانت معرفته الى وقتنا هذا معلومة فى الكليتين فقط ونتايجه لم ندرك الا فيهما ونحن وان لم يكن عندنا تحقيق فى كيفية تنويع التغذية والتأليف الدقيق لجوهر الكليتين وغيرهما من الاعضاء بواسطة الامراض البنيية والحمل الا أنه لا يستغرب مثل هذا التأثير على التغذية متى اعتبرنا الاضطرابات الثقيلة فى الحالة العامة البنيية والتأثير العصبى المتعلق ولا بد بتغيرات مادية فى مثل هذه الاحوال

ثم ان العرض الغالب بل الوحيد للاستحالة الجوهرية الكلوية هو ظهور الزلال فى البول بحيث يسوغ القول بانه كما تكثر مشاهدة البول الزلالى فى أثناء سير الامراض البنيية الثقيلة والحمل توجد ولا بد استحالة متفاوتة التقدم فى الاخلية البشرية الكلوية عند فتح الجثة وكثيرا ما يسأل المشرحون المشتغلون بالتشريح المرضى عن وجود الزلال فى البول مدة الحياة أو عدمه ومن جهة أخرى لا يسوغ القول بان كل بول زلالى مصاحب لاحدى الحالتين السابقتين ينتج ولا بد عن الاستحالة المذكورة كما لا يسوغ القول مع التأكيد بان كل استحالة فى الاخلية البشرية الكلوية ينتج عنها زلال بولى وانما احتواء البول على الزلال فى الاستحالة التى نحن بصددها لا يكون عظيم الدرجة مطلقا كما فى الالتهاب الجوهرى الكلوى والاستحالة النشوية وان ظهرت الاستحالة الجوهرية للكليتين فى اثناء سير أحد الامراض الحمية الحادة فلا تؤدى مطلقا الى ظواهر استسقائية فكثيرا ما تفقد هذه الاخيرة فى الحمل ولو حصلت فى أثنائه استحالة جوهرية كلوية وبول زلالى وفى أحوال أخرى قد يحصل استسقا خفيف وفى النادر قد يرتقى الى درجة عظيمة وبالجملة قد تصير هذه الاستحالة فى أثناء الحمل خطرة لما ينتج عنها حين الوضع أو بعده من النوب التشنجية الاكلمسية التى سنذكرها عند الكلام على الامراض العصبية

ثم ان انتهت هذه الاستحالة المرضية بالشفا تزول ولابد الاضطرابات الغذائية للا خلية البشرية الكلوية التى أدت لها ويكاد يزول كل من البول الزلالى والاستسقا فى غالب الاحوال عقب الوضع بقليل وذلك دليل على عدم تماثل هذه الاستحالة للالتهاب الجوهرى الكلوى فاننا نعلم ان معظم أحوال الاكلمسيا عند الحوامل والنفساء تبط ولابد بمرض عصبى لكن لايجوز مطلقا اعتبار البول الزلالى والاستسقا والنوب الاكلمسية نتيجة داء بريكت

ومما ذكرناه فى سير الاستحالة الجوهرية للكليتين يتضح أنه لاحاجة لذكر معالجة ذلك وأما المعالجة العرضية لنوب الاكلمسيا فسنذكرها فيما بعد

المبحث التاسع

فى سرطان الكليتين

أكثر التولدات الجديدة الخبيثة فى الكليتين حصولا السرطان وسرطان الكلية تارة يكون آفة أولية وتارة ينضم لغيره من التولدات السرطانية فى أعضاء اخرى ويكون اذ ذاك تابعيا واغلب مشاهدة هذا المرض عند تقدم السن لكن لامانع من مشاهدته كثيرا فى الشبوبية بل وعند الاطفال أيضا واكثر أشكال السرطان الكلوى مشاهدة هو السرطان النخاعى وأندر منه الاسكيرى والسرطان الهلامى ويشاهد الشكل الاول على هيئة عقد مختلفة الحجم تبدد الجوهر الكلوى وتزيله وقد تمتد هذه الاستحالة السرطانية من محل منشئها الى المنسوجات المجاورة بحيث يستحيل الجوهر الكلوى الى مادة سرطانية وهذا ما سماه روكتنسكى بالارتشاح السرطانى والكلية المصابة بهذه الاستحالة قد تكتسب حجما عظيما جدا وتكون ورما ذا تحدبات فى حجم رأس الطفل وكثيرا ما تمتد الاستحالة المرضية الى البريتون والعقد اللينفاوية المجاورة وأربطة وسحاق الفقرات البطنية أوتبرز فى تجويف الكؤس الكلوية والحويض الكلوى وفى باطن الاوردة المجاورة للكلية أيضا وسرطان الكلية كثيرا ما يضاعف بسرطان الخصيتين كما ان الاستحالة الدرنية الكلوية تصحب الاستحالة المماثلة لها فى الخصيتين ويحصل كثير ان يفرز براما فى باطن الاستحالة السرطانية أوحولها وفى هذه

الحالة الاخيرة ينسكب الدم فى تجويف البطن أو فى المسالك البولية
وهذا المرض كثيرا ما يبقى خفيا مدة مديدة وبالنحافة التى تتزايد بالتدريج
بدون أسباب معلومة يستدل بغلبة الظن على تولد جديد خبيث فى ذلك
العضو الذى يعسر الوصول اليه بالجس والآلام القطنية يمكن أن تفقد فى
هذا المرض بل واذا وجدت لا تكون واصفة وكذا الافراز البولى قد يحصل
بدون اضطراب فيكون البول اذ ذاك خاليا عن الدم وكذا المادة الزلالية
فى الابتداء لكن الغالب انه متى تقدم المرض وصار حجم الكلية المتسرطنة
عظيما وكانت جدر البطن مسترخية دقيقة يمكن الاحساس بالورم عند
جسه والذى يميز أورام الكلية المتسرطنة عن أورام الكبد والطحال شكل
الورم سيما عدم تحركه فان الكلية المصابة لا يمكن تزحزحها ولا تتبع حركات
الحجاب الحاجز وبالسرطانات الكلوية العظيمة فى الكلية اليمنى يمكن تحول
الكبد بكيفية واصفة نحو الانسية والتوائه على محوره الطولى بحيث ان
سطحه المقعر يلامس فى امتداد عظيم من جدر البطن وكان كلا من البول
الزلالى والدم يفقد فى اثناء سير السرطان الكلوى كذلك يكثر مشاهدتهما
فيه خصوصا عند تقدم سير المرض والنزيف اما ان يحصل من اوعية هذا
التولد المرضى الخبيث البارز فى المسالك البولية واما ان يكون نتيجة
الاحتقان الشديد فى الاجزاء المحيطة به والبول الدموى فى هذا المرض
كثيرا ما يكون فيه غزيرا جدا وقد يكون واضح الظهور جدا بحيث يكون
هو العرض الرئيس وهلاك المريض بهذا المرض يحصل اما عقب النهوكة
وتكرار النزيف واما عقب ظهور سرطانات أخرى فى اعضاء مهمة للحياة
والعلاج فى هذا المرض لا يثمر ويكون قاصرا على حفظ قوى المريض
وتلطيف الانزفة الغزيرة وعند وجود انعقادات دموية فى المثانة ينبغى
اخراجها على حسب قواعد الجراحة

(المبحث العاشر فى الدرن الكلوى)

للدرن الكلوى شكلان تبعا لروكتنسكى الاول يكون فى اغلب الاحوال
ظاهرة من ظواهر الاصابات الدرنية العامة أى المنتشرة فى جملة من الاعضاء
ففى الدرن الدخنى الحاد توجد الحبيبات الدرنية الدخنية المنتشرة فى

البريتون والبليورا والرئتين ونحو ذلك وكذا في الطبقه الغمدية للكليتين بل وفي نفس جوهرهما أيضا وفي الدرن الدخني المزمن المنتشر توجد احيانا تراكمات درنية عظيمة الحجم ذات لون أصفر جبني في الكليتين لكن يندر ان يشاهد فيهما بورات أو كهوف درنية ممتلئة بصديد درني وهذا الشكل لا يحصل منه الا اضطراب قليل في وظيفة الكلية ولا يمكن معرفته مدة الحياة وأهميته حينئذ تكون تشريحية مرضية فقط وليس له اهمية أكلينيكية

وأما الشكل الثاني فيكاد يكون على الدوام مضاعفا بدرن الخصية والبروستة والحويصلات المنوية والحالبين ولا يكون هذا الشكل مسبوقا على الدوام بالدرن الرئوى بل يضاعفه في الغالب عند انتهاء سيره وهذا الشكل كثيرا ما يكون أوليا ذاتيا أى قائما بنفسه بدون اصابة درنية رئوية لكن الغالب أن ينضم الى الدور المتقدم من الدرن الرئوى و يبتدئ هذا المرض دائما بارتشاح درني في الغشا المخاطى للحويض يؤدى لتقرحه ويمتد الارتشاح الجبني من الحويض الى الاهرام البولية فيحل محلها انبعاجات متقرحة وحينئذ يزداد حجم الكلية ازديادا عظيما وتكون ذاهيئة غير منتظمة محدودبة ويوجد في باطنها بورات عظيمة محتوية على تعقدات درنية أو على بورات جبنية أو كهوف ممتلئة بمواد صديدية درنية وهذا الشكل يمكن ان يكون ذا سير خفي وانما باصطحابه دائما بالمضاعفات الملازمة التي ذكرناها يسهل تشخيصه فمتى وجدت تغيرات عضوية مزمنة في قنوات البول مصحوبة بخروج مواد مخاطية أو صديدية أو دموية احيانا مختلطة بالبول وكان هناك انتفاخ درني في الخصيتين دالا على الطبيعة الدرنية لاصابة المسالك البولية ساغ القول بان الآفة الدرنية لهذه المسالك امتدت الى الكليتين ويتأكد تشخيص ذلك متى أمكن الاحساس بورم محدودب في قسم الكليتين خلف الجدر البطنية

(المبحث الحادى عشر)

في التولدات الطفيلية للكليتين

أكثر هذه التولدات الطفيلية وجودا في الكليتين هى الايكينوكوك أى الديدان الحويصلية وذات الكلاليب لكن وجودها فيهما أقل منه

فى الكبد والسبب الاصلى لهذه التولدات الطفيلية فى الكليتين هو وصول فقس الدودة الشريطية الى القناة المعوية لكن لا يعلم سبب سير هذا الفقس من القناة المذكورة ووصوله الى أعضاء مختلفة من الجسم والى الكليتين فى أحوال مخصوصة ثم ان أوصاف اكياس الديدان الحويصلية للكليتين كاوصاف الاكياس الديدانية الحويصلية الكبدية والطحالية فانها تكتسب حجما كقبضة اليد اورأس الطفل وتكون محاطة بغلاف ليفى وهذه الاكياس يمكن ان تقع فى حالة الضمور أو تنفجر وينسكب متحصلها فى اتجاهات مختلفة وقد ينشأ عنها التهابات وتقيحات فى الاجزاء المجاورة بل وانثقاب الخراجات الكلوية المتكونة بهذه الكيفية امافى تجويف البطن أو المعاء أو الكؤس أو الحويض الكلوى

ثم ان اعراض نمو الاكياس الديدانية فى الكليتين قد لا توجد بالكلية وقد تشتكى المرضى بالام صماء فى قسم الكليتين لكن لا يعتمد على هذا العرض غير المحدود وانما يغلب على الظن تشخيص هذا المرض بوجود ورم فى قسم الكليتين غير منتظم ذى تحدبات سيما متى أمكن نفى القول بوجود سرطانهما ودرنهما واستسقائهما كما سيأتى بيانه والذى يؤكد التشخيص خروج حويصلات ديدانية ايكنوكوكية أو بقاياها مع البول فان الحويصلات الشفافة يسهل معرفتها عند البحث بالمكرسكوب لتعدد طبقاتها وهى جدر الحويصلات البنتية وهذه الحويصلات يمكن ان ينشأ عن خروجها مع البول ومرورها من الحالبين اعراض مغص كلوى سيما عند الرجال

وأندر من ذلك مشاهدة الديدان الحويصلية ذوات الذنب والاسطوانية العظيمة وللاخيرة مشابهة بالديدان الخراطينية وطولها من نصف قدم الى ثلاثة وثخنها بعض خطوط وشكلها اسطوانى ولونها أحمر دموى اذا كانت حديثة ولها فى طرف الرأس ست حلمات محيطة بالفم وبطرفها الذنبى يوجد فى الذكور منها غمدة قمعى الشكل يخرج القضيب منه والاعراض التى تنتج عن هذه الديدان الطفيلية وكيفية وصولها الى الكلية مجهول علينا

(المبحث الثانى عشر فى العيوب الخلقية للكليتين)
واختلاف شكلهما واوضاعهما

من العيوب الخلقية للكليتين فقد احداهما واستيعاضها بالاخرى مع ازدياد

حجمهما او بقاء الافراز البولى على حاله ومنها التصاقهما ببعضهما واختلاف أوضاعهما سيما وضعهما في غير الطبيعي مع تحركهما وهذا العيب الاخير له اهمية اكلينيكية وكثيرا ما يمكن تشخيصه مدة الحياة بمعرفة شكل العضو المتحرك الخاص بالكلية الذى يكون على شكل حبة اللوبية العظيمة ويمكن تزحزحه فى اتجاهات مختلفة وهذا العارض وان كثرت مشاهدته كعيب خلقى قد يحصل حصولا عارضيا من ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما بسبب السقوط مثلا من محال مرتفعة جدا وقد تحدث الكلية المتحركة عند المريض نوع ابوخندار يا أو اعراض التهابية موضعية فى البطن وليس للمعالجة الطبية تأثير فى شفا هذا العارض غير انه يجب على الطبيب الايصاء باستعمال احزمة عريضة مرنة سيما عند الاشخاص ذوى الجدر البطنية الرخوة واهمية جميع ذلك من خصوصيات التشريح المرضى

الفصل الثانى فى أمراض الحويض والحالبين

(المبحث الاول فى تمدد الحويض مع ضمور جوهر الكلى)

المعروف بالاستسقاء الكلوى

(كيفية الظهور والاسباب)

متى امتنع سيلان البول من الحويض بواسطة الحالبين الى المثانة تجمع هذا السايل فى الحويض والكؤس البولية ومتى ازداد توتر الحويض ازديادا عظيما حصل انسداد فى فوهات الانابيب المستقيمة الكائنة فى الحلمات الكلوية بواسطة الضغط الواقع عليها وكذا تنضغط نفس الحلمات أيضا وبذلك لا يسيل البول فى الحقيقة من الكليتين الى الحويض فقد هذا العضو الاخير كان حقه ان لا يتزايد تزايدا عظيما لكن حيث ان الحويض والكؤس البولية مغشاة بغشاء مخاطى مفرز لمواد مخاطية فهذه المواد تختلط بالبول المجتمع فى الحويض ولا تسيل مثله وبذلك يزداد تجمع السايل فى الحويض بحيث يعظم تمدده تدريجا او بسبب الضغط الواقع على الحلمات البولية يحدث فيها تفرطح وضمور فى جوهر الكلية يصل أحيانا الى درجة الزوال بالكلية

ثم ان انسداد الحالبين يحصل أولا اما عقب وجود حصيات منحبسة فيهما على

الدوام أو عقب الضغط الواقع عليهما بالاورام المجاورة لهما أو أثر نديبة منكمشة في البر يتون المغطى لهما أو تولدات مرضية جديدة سيما السرطانية الكائنة في المنسوج الخلوى تحت البريتون وقد يتمدد الحالبان أيضا عقب التهابهما الذى يؤدى لانتفاخ غشائهما المخاطى والتصاق جدرها ببعضهما وكلما كان العايق جهة الاسفل اى جهة المثانة كان الجزء المتمدد من الحالبين اكثر امتدادا

وقد يحصل تمدد خفيف في المسالك البولية بسبب وجود عايق يمنع انقذاف البول مافى المثانة او في قناة مجرى البول لكن حيث ان التمدد في هذه الاحوال يكون عاما للجهتين فتمدد الحويض لا يصل الدرجة عظيمة جدا بحيث ينشأ عنهما انسداد فوهات الحلمات الكلوية بدون تهديد الحياة وبما يصير ادراكه كثرة وجود استسقا آت كلوية مزدوجة في الجثة مع انها ولابد كانت موجودة من منذ زمن طويل حال الحياة

(الصفات التشريحية)

في الاحوال الخفيفة للاستسقاء الكلوى تكون الحلمات تبعا لروكتنسكى صغيرة متكاثفة جلدية القوام ثم تزول شيئا فشيئا من قبوة الكؤس المتمددة وأما جوهر الكلية الكاين اعلاها فيتناقص سمكه و يتكاثف منسوجه ثم يصير جلدى القوام ونادرا في الاحوال المتقدم فيها التمدد جدا لا يصل سمك الجوهر الكلوى الا بعض خطوط قليلة أو خطا واحدا بل قد يتلاشى بالكلية ويحصل محله كيس ذو فصوص من الظاهر وتجاويف متعددة من الباطن ممتلئة بسايل بولى عكر محتو على رسوبات مختلفة أو بسايل مصلى شفاف و يضمر بعض الحيوب التى بين تجاويف هذا الكيس فتختلط ببعضها وهذه الاكياس كثيرا ما تصل الى حجم رأس الطفل بل ورأس الكهل أيضا وكذا تمدد الحالبين يختلف في العظم فقد يصل لحجم المعا الدقيق أو أكثر وتكون جدرها حينئذ ثخينة وذات تعرجات على هيئة التلافيف المعوية

(الاعراض والسير)

لا يمكن معرفة الاستسقا الكلوى وتشخيصه الا اذا وصل الى درجة عظيمة

فان سيلان البول غير ممتنع بالكلية من احد الحالبين وفى هذه الحالة
لا تتناقص كمية البول المنفرز لان الكلية السليمة تعوّض الكلية المريضة
وقد لا توجد الام فى القسم القطنى وحينئذ تكون الاعراض التى يعتمد عليها
فى تشخيص هذا المرض هى وجود ورم فى القسم الكلوى قليل التوتر
وذى تموج غير واضح وفى الاحوال التى يزول فيها العايق المانع لسيلان
البول من الحويض زوالا وقتيا يمكن تناقص هذا الورم تناقصا دوريا وهذه
علامة مهمة فى تشخيص هذا المرض واذا حصل التهاب الكيس كما فى
بعض الاحوال ينتج عنه الام وقشعريرة شديدة ويمكن ان يتجه الصديد
المتكون فيه الى اتجاهات مختلفة فيحدث عن ذلك تنوع فى مجموع اعراض
هذا المرض ثم اذا امتد العايق المانع لجريان البول فى أحد الحالبين الى
الآخر بحيث لا يمكن وصول البول من الكليتين الى المثانة فيمتنع افراز
البول منهما فتهلك المرضى فى أقرب وقت باعراض التسمم البولى

(المعالجة)

عند وجود عايق فى قناة مجرى البول يتيسر بواسطة القسطرة المتكررة
منع تمدد مجارى البول أو ايقاف تقدمه ان حصل فى بعض الاجزاء وأما تمدد
الحويض المصحوب بضمور فى الجوهر الكلوى الناشئ عن انسداد الحالبين
فليس للصناعة اقتدار على زواله ما لم يكن ناتجا عن أورام ضاغطة عليهما
ويمكن ازالة ذلك باعمال جراحية اووسائط دوائية

(المبحث الثانى فى التهاب الحويض)

(كيفية الظهور والاسباب)

يندر أن يكون الغشاء المخاطى للحويض مجلسا لالتهاب ذى غشاء كاذب أو
دفتيرى وهذا الشكل يشاهد خصوصا فى الامراض التسممية البنيية
كغيره من الالتهابات الموجودة فى أغشية مخاطية اخرى واكثر الامراض
التسممية انتاجا لهذا الالتهاب فى الحويض هى التيفويد الهيضى وقد ينشأ
هذا الالتهاب عن أشتداد الالتهاب النزلى للحويض سيما التهاب الحويض
الحصوى واما التهاب الحويض النزلى فيكون فى غالب الاحوال ناشئا عن

تهيج الغشاء المخاطى الحويضى بسبب التجمعات الجريه فيه وهذا هو المعروف
بالتهاب الحويض الحصوى وقد يحصل التهاب الحويض النزلى ايضا بكيفية
مشابهة لهذه الكيفية عقب تراكم البول المنفسد فى الحويض وتهيجه بواسطة
النوشادر ويندر ان يكون هذا الالتهاب ناشئا عن جواهر حريفة اتت من
الخارج ودخلت باطن الجسم ثم انقذفت مع البول كالزراريح والجواهر
البلسمية او الراتنجية وكثيرا ما يشاهد امتداد الالتهاب المجرى السيلانى
الى المثانة ثم الى الحالبين فيؤدى لالتهاب نزلى فى الحويض

وكثيرا ما تضاعف الدرجات الخفيفة من التهاب الحويض النزلى داء بريكت
وقد يظهر هذا الالتهاب احيانا فى اثناء سير الحمل وادوار التيفوس الاخيرة
ودور التقلس فى الامراض الطفحية الحادة وقد يصاحب الشكل النزيفى
من التهاب الحويض الاسكربوط وداء النمش للطبيب ورلهوف

(الصفات التشريحية)

فى التهاب الحويض ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى يوجد الغشاء المخاطى
مغطى بنضح غشائى أو مستحيل الى خشكريشات دفتيرية يعقب انفصالها
فقد جوهر غير منتظم فى الغشاء المخاطى

وفى التهاب الحويض النزلى يكون الغشاء المخاطى فى الاحوال الحديثة
محتقنا محمرا كدميا سيما فى شكله الاسكربوطى ذا رخاوة ومغطى بمادة
مخاطية صديدية ومتى استمر المرض مدة طويلة تناقص الاحمرار واكتسب
هذا الغشاء لونا متغيرا ويصير منتفخا والسطح الظاهر مغطى باملاح بولية
أو كلسية على هيئة قشور ويكون الحويض اذ ذاك متمددا اذا جدر ثخينة ولا
يندر ان يعترى جوهر الكلية ضمور كما فى الاستسقاء الكلوى وعند استمرار
التهيج الميخانيكى يمكن ان يحصل اخيرا تقرح فى الغشاء المخاطى بل تثقب فى
جدره وارتشاح البول فى المنسوج الخلوى المحيط فيحصل فيه فساد وتقرح
والخراجات المتكونة بهذه الكيفية يمكن ان تنثقب فى اتجاهات مختلفة
كتجويف البريتون أو نحو الخارج وبذلك تتكون قنوات ناصورية
مستطيلة غالبا أو فى المعاء أو الاعضاء المجاورة بعد حصول التصاق بينها
وقد يمتص السائل المحتوى عليه الحويض بالتدريج وحينئذ يضمر ويستحيل

الى منسوج ندبى يكبس المتصل المتكاثف فينسد الحالب ويستحيل الى حبل وترى

(الاعراض والسير)

الالتهاب الحويضى ذو الغشاء الكاذب أو الدفتيرى لايمكن معرفته مدة الحياة فانه فى الغالب ظاهرة من جملة الاضطرابات الثقيلة المنتشرة الناشئة عن الامراض التسممية العامة كالتسمم العفنى للدم والجدرى والقرمزية والتيفويد الهيضى وأما ان ارتقى الالتهاب الحويضى النزلى الحصوى الى الالتهاب ذى الغشاء الكاذب أو الدفتيرى فينقذف مع البول اهدبة أو ندف غشائية

وأما الالتهاب الحويضى النزلى الحاد فقد يبتدأ بنوبة قشعريرة أو بعدة نوب و يصطحب بظواهر حمية واضحة ويوجد اذ ذاك الام فى القسم الكلوى تمتد نحو الخصية والفخذ وتتزايد بالضغط على هذا القسم وكذا القىء العرضى يكادان يوجد على الدوام فى هذا المرض خصوصا فى الشكل الذى يحدث عن امتداد الالتهاب المجرى السيلانى الى الحويض ويوجد على الدوام زحير بولى متكرر مؤلم والافراز البولى تبعا لالم ابوامر متزايد ازديادا عظيما وهذه الظاهرة توجه بالاحتقان الثقمى الجانبى الكلوى فى الاوعية الصادرة من المحافظ الملبيجية ولايتناقص هذا الافراز الافى الاحوال التى يكون فيها الالتهاب الكلوى الفاشمونى اى الخلوى مصاحبا الالتهاب الحويض وكثيرا مايحتوى ابتداء على كمية قليلة أو كثيرة من الدم وكرات صديدية وأخلية بشرية متراكبة أومتراكمة على بعضها واذا استمرهذا المرض زمناطويلا وجد البول مختلطا بكمية عظيمة من القيح فيكون متعكرا وقت خروجه من المثانة وعند تركه ساكنا يرسب منه راسب ابيض مصفر واضح الانفصال ويكون السائل الكائن اسفل الراسب محتويا على محلول القيح يشاهد فيه بعد غليه أواضافة بعض نقط من حمض الازوتيك اليه الانعقادات الواصفة للبول الزلالى وبالبحث عن هذا الراسب بالنظارة المعظمة يرى انه مكون من عدة كرات قيحية واخلية بشرية متغيرة وفى الالتهاب الحويضى الحصوى قد يحصل انقطاع كلى فى سيلان البول من الحويض المريض بواسطة

التجمع الحصوى وحيث ان البول المستفرغ فى هذه الحالة يكون آتيا من الكلية ذات الحويض السليم يقذف ولابد بول صاف مع ازدياد جميع مشاق المريض ومكابداته وعند زوال الانسداد يصير البول عكرا كما كان وقد شاهدنا حالة من هذا القبيل كانت فيها المريضة تعلم من تجاربها ان الالام لم تزل ترتقى عندها مادام البول صافيا وكانت تمنى الوقت الذى يعود فيه استفراغ البول التقيحى

ثم ان الالتهاب الحويضى المزمن يمكن ان يحدث نهوكة بسبب التقيح المستمر والحمى المستطيلة بل قد يؤدى للنهوكة والاستسقاء العام والموت والاحوال التى يكون فيها هذا الالتهاب ناتجا عن الحصيات الحويضية يشاهد فيها ثوران الالتهاب الحويضى المزمن زمنا فزمنا وارتقاؤه الى الحالة الحادة لاسيما عند ارتجاج الجسم أو حصول انزفة دورية تسرع فى نهوكة المريض والاحوال المهددة بحصول التثقب الكلوى تظهر بالام شديدة جدا فى الظهر وتألم شديد عند حركات العمود الفقرى وجذب الفخذين وارتقا الحمى وتكرار القشعريرة واذا حصل التثقب وتكون خراج فى المنسوج الخلوى المحيط بالكلية ظهرت الصورة المرضية الواصفة للالتهاب الكلوى المحيط أى الدائرى وان انثقب الخراج فى تجويف البريتون هلكت المرضى بسرعة بظواهر الالتهاب البريتونى الحاد القتال وان انحدر القيح الى اسفل تكونت خراجات انحدارية اما فى الجزء السفلى من الظهر أو اسفل رباط بوپار أو العجان وان حصل التثقب فى العجان خرجت مواد قيحية مع البراز وفى اثناء ذلك يصغر الورم المحسوس أو يزول بالكلية ويحصل هدو وقتى عند المريض

وليس سهلا على الدوام معرفة كون الحويض الكلوى أو المثانة ينبوعا للبول القيحى فان الزحير عند التبول قد يكون مؤلما جدا فى الالتهاب الحويضى بدون اشتراك المثانة واستفراغ البول مصحوبا باحساس مؤلم فى قناة مجرى البول وفى كل من الالتهاب الحويضى والمثانى المزمنين يشتمل البول على كثير من الاخلية القيحية تكسبه هيئة عكرة وترسب عند تركه ساكنا كراسب ابيض مصفر والقول بان الصفات الحضية لهذا البول

تدل على التهاب الحويض بخلاف صفاته القلوية فانها تدل على الالتهاب المثانى ليس بحقيقى وذلك لان البول فى أحوال النزلات المثانية المزمنة بل والعتيقة منها يكون فيها ذا خواص حمضية عادة ولا يصير قلويا الا فى أحوال مخصوصة سنشرحها عند الكلام على النزلة المثانية ويكتسب حينئذ هذه الصفة عند مكثه فى المثانة وكذا العلامة التى كنت أعتمد عليها سابقا فى التمييز بين التهاب الحويض والمثانة وهى انه فى أحوال النزلة المثانية المزمنة يكون الراسب القيحى مختلطا بكمية عظيمة من المواد المخاطية بخلاف ما فى الالتهاب الحويضى المزمن فان البول لا يكون محتويا على اثار من المواد المخاطية ليست مطردة والمواد المخاطية التى تخرج مع البول فى بعض احوال النزلات المثانية المزمنة هى محصل الاستحالة المخاطية التى تعترى الافراز القيحى لغشاء المخاطى المثانى بتأثير التخمر القلوى فان لم يمكث البول فى المثانة هذا الانحلال فانه لا يحتوى على مواد مخاطية عقب خروجه حالا ولكن ان ترك البول الذى يحتوى على مجرد راسب قيحى سواء كان آتيا من المثانة او من الحويض فى قارورة او كوبة مفتوحة حتى يحصل التخمر القلوى شوهد ان راسبه يصير لزجا مخاطيا فعلى هذا ان تيسر وجود جملة طبقات بشرية مغزلية الشكل منضمة الى بعضها لاسيما فى ازمنة تكون فيها المرضى فعلت حركات شاقة يجوز الحكم ولا بد بان الاصابة المرضية فى الحويض وايضا فى الاحوال التى فيها تشتكى المرضى بالام فى قسم احدى الكليتين تشع منه الى الحويض والخصيتين لا ينبغى الوقوع فى الخطاء بسبب وجود الزحير البولى وتشخيص الالتهاب فى الحويض

(المعالجة)

يقال فى معالجة الالتهاب الحويضى النزلى الحاد ما قيل فى معالجة الالتهاب الكلوى الخلالى الحاد فيؤمر المريض ابتداء بارسال العلق أو وضع المحاجم التشريطية على قسم الكليتين ووضع المكمدات الباردة وعند وجود الام شديدة جدا او زحير بولى متعب قد تعطى المركبات المسكنة والحقن تحت الجلد بمحلول المورفين ويتعاطى كمية عظيمة من المشروبات المائية لاجل ترقيق البول و يمنع من استعمال الاطعمة والمشروبات المملحة والمزوجة بالافاويه

وكذا استعمال المياه القلوية الطبيعية والقلويه المطبية كفيشى وكرلوس باد واذا استطالت مدة المرض أمر المريض باستعمال الحمامات الفاترة والمكث فيها مدة طويلة ومع ذلك تستعمل الضمادات الفاترة على قسم الكليتين وكثيرا ما يحصل النجاح فى هذا المرض من استعمال مياه الينابيع الساخنة جدا شربا واستحماما وقد أوصى بعض الاطباء فى هذا المرض باستعمال الكافور لما يعهد فيه من جودة نجاحه فى أحوال تهيج المسالك البولية والاحوال المزمنة المصحوبة بتقيح غزير يؤمر فيها باستعمال القوابض والمختار منها كما ذكرنا حمض التنيك وفى مثل هذه الاحوال يجوز استعمال الجواهر البلسمية لاسيما بلسم الكوباى وقد أوصى أبولسر باستعمال ماء الجير بمقدار من ٢٠٠ جرام الى ٨٠٠ مع مقدار مساوله من اللبن

(المبحث الثالث فى التجمعات الحصوية)
للحويض والمغص الكلوى

(كيفية الظهور والاسباب)

قد توجد فى القنوات البولية المستقيمة وفى حلمات الكليتين رواسب حبيبية تسمى بالسدد الحضية البولية ان كانت متكونة من املاح بولية أو بالسدد الكلسية اذا كانت متكونة من املاح كلسية وبالجملة ان كانت مشتملة على مواد بجمنتية وبلورات هيماتودينية تسمى بالسدد الدموية أو البجمنتية وقد تكون هذه السدد متكونة من املاح فسفات نوشادرية مغنيسية فاما السدد الحضية البولية فاكثر ما تشاهد فى الاطفال المولودين حديثا وأسبابها غير معروفة والقول قديما بان هذه السدد لا توجد الا فى الاطفال التى كانت تنفست وان وجودها فى زعمهم من حيثية الطب السياسى لم يثبت بالمشاهدات الجديدة فان هذه السدد قد وجدت فى الاطفال المولودين موتى بل وفى الاجنة وكذا كيفية ظهور السدد الكلسية واسبابها وكذا الرواسب الفسفاتية المثلثة القاعدة فى القنوات البولية والاهرام مجهولة ويكثر وجودها فى البالغين عن الاطفال واما التجمعات الحصوية فى الحويض فانها تتكون من نفس الاسباب التى تنشأ عنها الحصيات المثانية وسيأتى ذكر كيفية ظهورها واسبابها عند الكلام على الحصيات المثانية وكثير من هذه

الحصيات بل اغلبها يتكون ابتداء فى الحويض ويصل الى المثانة بواسطة الحالبين وهناك يتزايد حجمها شيأ فشيأ بواسطة الرسوبات التى تترا كم عليها

(الصفات التشريحية)

يشاهد فى السدد الحضية البولية عند شق الاهرام خطوط مصفرة ممتدة على سير القنوات البولية وبالبحث الميكرسكوبى ترى هذه القنوات ممتلية بمادة مسودة حبيبية اذا أضيف اليها بعض نقط من الحوامض تزول ويحل محلها بلورات من حمض البوليك وقد تنشأ فى الجنين تبعا لفرجهوف تمددات فى القنوات البولية وتولدات كيسية عقب انسداد تلك القنوات وفى السدد الدموية الجمنتية يشاهد أيضا فى الجوهر الهرمى اشرطة محمرة ضاربة الى الصفرة وعند البحث بالمكرسكوب ترى القنوات البولية المجتمع فيها ماذكر ممتلية بمواد حبيبية أوكرية وبالبلورات الهيماتودينية المعلومة وفى السدد الكلسية توجد فى الاهرام اشرطة بيض مصفرة وعند البحث بالمكرسكوب توجد مواد مسودة حبيبية فى القنوات البولية تزول بعد اضافة بعض نقط من حمض الطعام مع تصاعد غازمنها والرواسب الفسفاتية المثلثة القاعدة التى تكون أيضا اشرطة مبيضة مصفرة فى الاهرام قد تجتمع أحيانا وتكون حصيات صغيرة فى حجم حب الدخن ويمكن أن ينتج عنها تقيح فى جوهر الكلية وأما التجمعات الحصوية التى توجد فى الحويض والكؤس فتكون ذات تركيب كيماوى ومشابهة لتركيب الحصيات المثانية وتختلف فى العظم والشكل والعدد واصغرها يكبر عن حجم حبة الدخن وشكلها مستدير غالبا أوكشكل الكؤس الكلوية واعظمها حجما كبيضة الحمام أو الدجاج وتملا الحويض امتلاء محكما وتكتسب شكل الحويض وكؤسه

(الاعراض والسير)

العلامة الوحيدة للسدد الحضية البولية عند الاطفال المولودين جديدا هى وجود رسوبات حبيبية محمرة دقيقة فى لفايفهم وتزول بعد اسابيع وأما التجمعات الكلسية والفسفاتية الثلاثية القاعدة فى القنوات البولية فلا تعرف مدة الحياة ولا يمكن الظن بوجودها

وأما التجمعات الحجرية للحويض فقد لا ينشأ عنها فى كثير من الاحوال ادنى

عرض وكثيرا مايرى بعض حصيات بولية آتية من الحويض تنقذف مع البول بدون ان تشتكى المرضى قبل انقذافها بادنى مكابدة وفى أحوال أخرى قد ينشأ عن الحصيات الحويضية ازفة كلوية يوقظ ترددها الدورى سيما عقب ارتجاج الجسم فيظن بوجود حصيات كلوية وقد ينشأ عنها فى أحوال أخرى علامات التهاب الحويض الحصوى أوانه يوجد عند المرضى احساس بثقل فى قسم الكليتين أوالام تحصل خصوصا عند ارتجاج الجسم بنحو الركوب أوعقبه وتتشعع تلك الآلام نحو المثانة والخصيتين ولايمكن بهذه العلامات الحكم ولوظنا بتكون تجمعات حصوية فى الحويض أووجودها فيه فانه يمكن توجيهها بغير ذلك الا اذا ارتقت الالام زمنا فزمنا مع حركة حمية خفيفة وشوهد فى البول عقب هذه الثورانات رواسب حبيبية أوتعقدات ليفية موشحة برواسب متبلورة ومشتملة على بعض كرات دموية أوتجمعات حصوية خفيفة فتوجه حينئذ بماذكر

ثم ان انتقال الحصوات البولية من الحويض الى الحالبين ومنها الى المثانة قد يكون فى بعض الاحوال مصحوبا بمجموع اعراض مخصوصة تسمى بالمغص الكلوى وفى الحقيقة يمكن ان ينتج هذا المغص أيضا عن تعقدات دموية أو حيوانات طفيلية حين نفوذها من الحالبين بل ومن الجائز أن تشنج الحالبين ينتج عنه فى بعض الاحوال مجموع اعراض المغص الكلوى الذى نحن بصدده لكن جميع هذه الاحوال نادرة جدا بحيث لاتذكر بالنسبة لحصول مجموع اعراض المغص الكلوى من مرور الحصيات البولية ولذا كان الاوفق الكلام على المغص الكلوى هنا

ولا يعلم لماذا ان بعض الحصيات البولية العظيمة الحجم عظما نسبيا قد تمر من الحالبين بدون ان ينتج عنها اعراض المغص وانه فى احوال أخرى قد ينتج عن مرور الحصيات الصغيرة جدا اعراض مغص كلوى غير مطاقة ولولم تكن هذه الاخيرة ذات سطح كثير التحدبات والزوايا وفى المغص الكلوى يحصل ابتداء الام شديدة جدا فجائية امابدون سبب أوعقب ارتجاجات جسمية وهذه الالام تمتد من الكلية نحو المثانة وفخذ هذه الجهة المريضة وخصيتها وتصطحب بضجر عظيم بحيث تصيح المرضى وترمى نفسها على فراشها

وتلتوى ويكون وجهها باهتاومغطى بعرق باردويصغر نبضها جدا فى مثل
هذه الاحوال وتبرد أياديها وأقدامها ويوجد زحير بولى مع تناقص فى افراز
البول وينضم لهذه الالام الشديدة والاضطرابات العصبية الجودية الثقيلة
غثيان قئ وهذا العرض الاخير هو السبب غالبا فى عدم معرفة المرض
والتباسه امابالمغص الحصوى الصفراوى أوبالمغص المعوى وقد تظهر عند
الاشخاص الكثيرى الحساسة تشنجات تعتبر ظواهر انعكاسية وقد يحصل
تحسين وقتى وانحطاط فى مكابدات المريض لكنه عما قريب يحصل ثوران
شديد آخر وفى بعض الاحوال قد تأخذ الالام فى الازدياد مع الارتقاء ثم تزول
دفعة واحدة كما ظهرت ويحصل للمريض راحة كلية مالم ينتج عن وجود هذه
الحصيات البولية فى المثانة الام أخرى يتألم منها وهذه النوبة التى شرحناها
تزول فى ظرف بعض ساعات ولاتمكث أكثر من أربع وعشرين ساعة
واعراض المغص الكلوى وان اشتدت وكانت هيئتها مخيفة جدا فلا ينشأ عنها
بالنسبة للحياة أدنى خطر غالبا ومن النادر ان تكون راحة المريض غير تامة
وان يحصل فى الالام تلطيف بدون ان تزول بالكلية وان يحل محل اعراض
المغص الكلوى اعراض التهاب فى الحويض

(المعالجة)

معالجة السدد البولية الحصية الكلوية لا يمكن الكلام عليها وعند شرح
معالجة الحصيات المثانية سنذكر الوسائط الدوائية التى يوصى باستعمالها
طبقا لبعض النظريات بقصد تحليل تلك الحصيات وعدم نجاحها
وأمامعالجة المغص الكلوى فاهم مافيه بالنسبة للطبيب الوقوف على حقيقة
التشخيص حتى يتحصل بذلك على نجاح عظيم ولا ينبغى فى مثل هذه الاحوال
ضياع الزمن بارسال العلق واعطاء المنبهات بسبب ضعف النبض وبرودة
الجلد وغير ذلك من الوسائط التى لا تجدى نفعا بل ينبغى اعطاء مسحوق
الافيون مع ٣ سنتى جرام الى ٦ أعنى (من نصف قمحة الى قمحة) ويكرر
ذلك كل ساعة أوساعتين والتأثير المسكن للافيون لا يمكن أن يوجه اليه
فقط النجاح العظيم الذى يحصل عقب استعماله بل الغالب ان الالياف
العضلية للحالبين المنقبضة بسبب تهيج الحصيات حال مرورها يحصل فيها

استرخاء بالتأثير المخدر للافيون وان حصل انقذاف الافيون المعطى من
الباطن بالقئ وجب استعمال الحقن تحت الجلد بمحلول المورفين ويظهر ان
الاستنشاقات الكلوروفورمية لها تأثير مماثل لتأثير الافيون ولذا يوصى
باستعمالها فى مثل هذه الاحوال أيضا وعين هذا التأثير يمكن الحصول
عليه بالفصد الغزير العام اذ به يحصل استرخاء عمومى أيضا فى الالياف
العضلية لكن الغالب ان لا يلتجأ اليه فى هذه المعالجة وكل من اعطاء مسحوق
الافيون كل ساعة أو ساعتين واستنشاق الكلوروفورم لا تكتفى به المرضى
عادة لما هم فيه من شدة الالام والقلق ويرغبون ان تفعل لهم وسائط قوية
أخرى ففى هذه الحالة يمكن استعمال الحمامات الفاترة العمومية او الجلوسية
كل ساعة أو ساعتين والضمادات الفاترة المسكنة على قسم الكليتين
والدهانات المسكنة على هذا القسم أيضا وقد أوصى كذلك بعض الاطباء
بقعود المريض على كرسى ووضع أرجله عارية على أرض باردة ويوصى
أيضا بشرب كمية عظيمة من المياه المعدنية المحتوية على حمض الكربونيك
كماء سيلتس أو ماء الصودا او ماء كونتروكسفيل والقصد من ذلك ادرار البول
ودفع الحصيات نحو المثانة

(المبحث الرابع فى سرطان الحويض)
(والحالبين ودرنهما)

سرطان المسالك البولية يعد من النوادر بحيث يكاد لا يحصل الا عند امتداد
السرطان من الاعضاء المجاورة لاسيما الكليتين الى جدر الحويض ويزداد
فى أحوال نادرة ويشاهد بجوار سرطان الكلية والمثانة تعقدات سرطانية
فى الحويض والحالبين قائمة بنفسها وأما الدرن فقد ذكرناه عند الكلام
على درن الكليتين وذكرنا أنه ظاهرة من ظواهر التولد الدرنى المنتشر فى
الخصيتين والبروستة والحويصلات المنوية والكليتين ولا ينسب فى جميع
الاحوال التلاشى المنتشر الجبنى الذى يعترى الغشا المخاطى للمسالك البولية
لتكوين الحبيبات الدرنية المتفرقة ولينها ولو أنه يوجد احيانا تعقدات فى حجم
حب الدخن متفرقة أو مجتمعة ينتج عن تلاشيها قروح مستديرة غير منتظمة
فى الغشاء المخاطى وفى بعض الاحوال قد يكون السطح الباطن من الحالبين

والحويض مستحيلا الى مادة مصفرة هشة بسبب تكون خلوى مستوفى جوهر الغشاء المخاطى واستحالة جبنية فيه وفى محال أخرى يكون الغشاء المخاطى الذى اعتراه التغير متلاشيا متشققا او يشاهد فيه فقد جوهر عظيم وفى جميع هذه التغيرات تكون المسالك البولية ممددة تمددا عظيما وجدرها ثخينة جدا وتشخيص درن المسالك البولية يكون سهلا فى الاحوال التى فيها يمكن معرفة سرطان الخصيتين والبروستة بالجس وفيها يوجد البول القلوى مختلطا بمواد قيحية وآثار جوهرية وامتداد الدرن من المثانة الى الحالبين كثير جدا بحيث يمكن القول به فى مثل هذه الاحوال من قبل حصوله

تذييـــل

(فى داء إدسون المعروف بالداء النحاسى)

المرض الذى سنذكره هنا وشرحه ادسون فى سنة ١٨٥٥ ميلادية لم يزل فيه ابهام عظيم ولو اتجهت نحو معرفته افكار ثاقبة لعدة من مشاهير المؤلفين انكليزيين والمانيين كورجهوف ومايتسر وغيرهما وبرزت عدة رسايل بخصوصه

أما ما قيل من الشك فى وجود نوع مرضى مخصوص انبنى عليه شرح الطبيب ادسون او عدم وجوده فقد زال بالكلية غير انه اتضح ان التغيرات المرضية التى قيل بانها رئيسة وواصفة لهذا المرض وعليها انبنى جعل مرض ادسون داء مستقلا اعنى (أولا) التغير المرضى للغدتين فوق الكليتين (ثانيا) التلون المسمر الجنى للجلد وان كانت اعتيادية فيه لكن ليست من التغيرات الملازمة له بالكلية فان الرأى الابتدائى بان داء إدسون مبنى على اصابة مرضية وفساد فى الغدتين المذكورتين فيناقضه زيادة عن نتائج التجارب الفسيولوجية العديدة التى فعلت عليهما القصد ايضاح وظيفتهما الغير المعلومة الى وقتنا هذا الامر المعلوم من انه فى بعض الجثث قد توجد ان بالصدفة متغيرتين تغيرا مرضيا أو منفسدتين بالكلية بدون ان يكون مجموع داء إدسون قد كان موجودا مدة الحياة وحينئذ اتجهت الافكار نحو الضفيرة العصبية السنباتوتية التى بجوار الغدتين المذكورتين واعترف كثير من

مشاهير

مشاهير الاطبا الفرنساويين والانكليز والالمانيين الذين من ضمنهم أبولسروبيرجوفرجهوف ورېزل وغيرهم بالرأى القائل بان المهم الرئيس فى هذا المرض هو حالة مرضية فى العصب السمباتوى البطنى لاسيما فى الضفيرة الشمسية والعقد الهلالية وكذا فى الفروع العصبية الضامة لهما مع الغدتين فوق الكليتين والذى يعضد هذا الرأى هو الامر المعلوم من انه فى الاحوال التى فيها بحث فى الجثة عن العصب العظيم السمباتوى وجدت تغيرات مرضية فيه مع التغيرات المرضية للغدتين المذكورتين كالاحمرار والانتفاخ والتكاثف الندبى والاستحالة الشحمية والضمور والتلون بمادة بجمنتية أو تلاشى اخلية العقد العصبية وقد وجد طبقا لتقاويم المعلم ايلنبرغ وجوتمن فى التسعة والعشرين من الصفات التشريحية التى صار فيها البحث عن العظيم السمباتوى انه متغير كثيرا اوقليلا تسعة عشر مرة وغير المتغير والطبيعى عشر مرات وحينئذ فحالة عدم التغير فى هذا العصب ولو كان هو الاقل يصير التوجيه الذى نحن بصدده فى حيز النظريات لاسيما وان أضيف الى ذلك انه لايمكن احداث ظواهر بالتجارب الفسيولوجية التى فعلها ادريان وشميد وغيرهما على العقد البطنية تشابه ظواهر داء إدسون وعلى هذا انبنى القول بنظريات أخرى وهى ان المرض الذى نحن بصدده لاينشأ عن اصابة مرضية فى العظيم السمباتوى بل عن اصابة مرضية فى المجموع العصبى المركزى حتى ان المعلم روسباخ عرف هذا المرض بانه اضطراب وظيفى بدون تغيرات تشريحية مدركة فى المجموع العصبى مرتبط بتغير فى الغدتين فوق الكليتين ارتباطا عظيما لكن لادائمى ومتصف باضطراب عصبى عقلى وانيميا عظيمة وضعف شديد وتلون بجمنتى داكن فى الجلد ولاجل بيان الارتباط الممكن بين التغير البجمنتى للجلد والاضطراب العصبى يرتكن الى ماذكره بيجل فى شرحه للبهق والتلون البجمنتى الاسود الموضعيين أى القاصرين على أجزاء محدودة من بعض الاعصاب وكذا الى سرعة الشيب عقب الانفعالات النفسية المحزنة وقد صار تعضيد الرأى القائل بان التلون البجمنتى للجلد ناشئ عن اصابة مرضية للغدتين فوق الكليتين بانه كثيرا مايوجد

ازدياد فى المادة الملونة للجلد مرتبطة بالأمراض المختلفة للرحم واضطرابات الحيض وفى أثناء الحمل المعروفة بالنكت الكبدية والحسنات الرحمية

ثم ان التغيرات التشريحية للغدتين فوق الكليتين ليست واحدة فى جميع أحوال داء ادسون ففى معظم الاحوال توجد استحالة ليفية جبنية فيهما ينتهى بها التهابهما المزمن وهاتان الغدتان تكونان متزايدتين فى الجم بحيث تكتسبان قدر حجمهما الطبيعى مرتين أوثلاثة حتى تصلا الى حجم البيضة وتتحيلا الى مادة خلائية مرصعة بتعقدات متجبنة آومتكلسة وسطحهما يكون غير مستو عقدى ويمكن ان تلتصقا بالاعضاء المجاورة وقوامهما يكون يابساصلبا والاستحالة أماان تكون عمومية اوجزئية قاصرة على بعض بورات والاصابة المرضية تكون غالبا من دوجة والاحوال الكثيرة المشاهدة التى فيها تكون الغدتان متلاشيتين بالكلية تنافى النظريات القائلة بانهما عضوان مفرزان وان دا إدسون يتعلق بازدياد تكون فيهما من جواهر كيماوية ذات تأثير مضر (لاسيما من حمض الصفراء) وهى جواهر تحدث فسادا وانحلالا فى الكرات الدموية وبذلك تحدث الانيميا العظيمة أمارسوب المادة الملونة للدم فى الجلد فيحدث اللون النحاسى وقد شوهد فى احوال نادرة بدلا عن الاستحالة الليفية الجبنية سرطان وانسكاب دموى فى جوهر هذين العضوين اومجرد ضمور فيهما ولذا قال كليبس وله الحق فى ذلك ان سبب التلون النحاسى للجلد لا يكون متعلقا بالطبيعة النوعية للتغير المرضى لهذين العضوين بل بالاحوال المرتبطة بحصوله وامتداده فيهما والتلون المسمر للجلد ينشأ عن تراكم مادة بجمنتية مسمرة فى اخلية الشبكة الملبيجية لكن قد تشاهد كذلك أخلية بجمنتية فى جوهر الجلد تخالف الاخلية التى توجد فى الشبكة المخاطية الملبيجية باحتوائها على الحديد وقد تفقد بالكلية مضاعفات مهمة فى غيرها تين الغدتين من الاعضاء وأكثرها وجود انتفاخ الطحال والاجربة المعوية وتحجن العقد المساريقة وتسوس الفقرات

ثم ان داء إدسون نادرالحصول لكن لا يصل فى درجة الندرة الى ما كانوا يزعمون واسبابه تكون غالبا غير واضحة لكن يكثر حصوله عند الفقراء

والظاهران للانفعالات النفسية المستمرة والحزن والفاقة تأثيرا فى احداثه وتصاب به الرجال أكثر من النساء والسن المتوسط وان كان أغلب المرضى منه لكن لا تصان منه الشيوخ والاطفال (فقد وجد جرهرد فى مائة وتسعين حالة منهم ١٧ سنهم أقل من ١٥ سنة واحدث الاطفال كان سنه ثلاث سنوات وفى سبعة أحوال ابتداء فى السنة الرابعة عشر وفى خمسة عشر بعد السنة العاشرة)

ولا يندر ان يبتدى هذا المرض بظواهر لا تكاد تدل على طبيعته وهى ان يشتكى المريض بآلام فى الاطراف او الظهر تعتبر عادة روماتيزمية وتحصل بالخصوص ظواهر تدل على حالة انيماوية عظيمة واضطراب عميق عصبى عقلى ويعتقع كل من الجلد والاغشية المخاطية وتتناقص قوة الفعل العضلى وحالة المريض العقلية تكون عادة خاملة أو متهيجة او يعلن كل من الدوار والم الرأس وفقد النوم بل وتناقص القوة العقلية على مرض عصبى ثم يبتدى التلون البجمنتى الداكن للجلد أحيانا بسرعة أى مع الظواهر السابقة فى آن واحد أو بعدها بأشهر بل وسنين وبحسب طرؤ هذا التلون المتقدم أو المتأخر يتقدم تشخيص هذا المرض أو يتأخر بل والتلون البجمنتى المذكور قد لا يتضح الا قبل الموت بقليل أوان الموت ربما طرأ بسرعة قبل اتضاح التلون وأول اتضاحه يكون فى لون اجزاء الجلد المعرضة للضوء ولذا كان من الجائز الوقوع فى الخطا والقول بان التلون المسمر الموجود فى اثناء الفصل الحار فى السنة ناشئ ولا بد من تأثير اشعة الشمس ثم يصل التلون المسمر فى باقى أجزاء الجسم التى تكون عادة كثيرة المادة البجمنتية كحلمة الثديين وتحت الابطين والاعضاء التناسلية والسطح الباطن من الفخذين ثم يحصل فى بعض اجزاء الجلد المعرضة لمهيجات ظاهرية بواسطة الحراريق اوضغط الملابس ونحوه اذ بذلك يحصل فيها احتقان مستمر وهذا التلون يمتد من هذه الاجزاء الى الاجزاء المجاورة لها بدون حد واضح لكن يندر ان يكون عموم سطح الجلد متلونا بالسمرة على حد سواء

وأما درجة تلون الجلد فيشاهد فيها تنوعات عديدة من اللون الاسمر الخفيف او الدخانى السنجابى كالذى ينشأ فى أشعة الشمس الى اللون الاسمر الداكن

الى الاسود ومع ذلك فالتحمة الصلبية (ضد الما يشاهد فى اليرقان) لاتشترك فى التلون البجمنتى بل انها تخالف بلونها الايماوى اللؤلؤى الابيض التلون المصفر الداكن للوجه وزيادة عن تلون الجلد المنتشر السابق ذكره تشاهد غالبا تلونات بجمنتية صغيرة محدودة نكتية أوشريطية تكون اما شاغلة لبعض اجزاء الجلد ذات لون طبيعى اومنتشرة فى بعض اجزاء مسمرة على هيئة نكت أكثر دكنة فى اللون وفى بعض الاحوال قد لايوجد تلون منتشر فى الجلد بل تراكمات بجمنتية بقعية ولنذكر أخيرا انه قد يوجد تلون بجمنتى خفيف فى حافة الشفتين أى دائرة الفم وغشائهما المخاطى (واحيانا فى دايرة الملتحمة وفى البلعوم وفى الشفرين الصغيرين) ووجود ذلك فى الاحوال التى فيها يفقد تلون الجلد العام يوقظ الطبيب لتوجيه الظواهر العصبية والانيماوية الموجودة وفعل التشخيص

وفى معظم الاحوال تظهر ظواهر مرضية تدل على اضطراب المعدة والمعا كفقد الشهية وسوء الهضم وتألم القسم الشراسيفى والفواق والاسهال المستعصى ولاسيما نوب القئ الشديدة المترددة ومن المهم ظهور عوارض عصبية تحصل فى اخر دور هذا المرض كالدوار والاغما والهذيان ونوب الجنون وتشنجات مختلفة موضعية قاصرة على بعض الاعصاب أو عمومية صرعية وتنعس عميق يؤدى الى فقد الشعور وفى أحوال كثيرة تؤدى تلك العوارض الى الموت الفجائى وفى أحوال أخرى يتقدم الانحطاط شيأ فشيأ حتى تنطفى الحياة بدون تلك العوارض وهنالك بعض مشاهدات تؤيد القول بامكان شفاء دا ادسون ويكاد ينتهى دايما هذا الداء بالموت ومن النادر حصول ذلك فى أسابيع قليلة والغالب ان يحصل بعد زمن طويل مع تعاقب فى التحسين والتثاقل واحيانا لايحصل الموت الا بعد عدة سنين وفى الدور الاخير لهذا المرض قد تحصل ثورانات حمية

ومعالجة هذا الداء يقتصر فيها على اتمام ماتستدعيه المعالجة العرضية حيث لم يكن عندنا وسايط بها يمكن مقاومة الاصابة الاصلية لهذا المرض كالتغذية الجيدة واستعمال المركبات الحديدية ونحو ذلك من الوسايط المقوية وان لم يكن لها تأثير قوى فى سير هذا المرض

الفصل الثالث فى أمراض المثانة

(المبحث الاول فى الالتهاب المثانى النزلى)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب المثانة النزلى يمكن أن يحصل أولا من مهيجات لاواسطية تؤثر على الغشاء المخاطى المثانى كالحقن غير الجيد الذى يفعل فى أحوال السيلان المجرى وكالقسطرة غير الجيدة المتكررة ومن الاجسام الغريبة فى المثانة سيما الحصيات واختلاط الجواهر المهيجة بالبول أو بتكوين جواهر مهيجة من المثانة عقب انحلال أجزاء البول وفسادها تحدث الاشكال الثقيلة من الالتهاب المثانى النزلى ومن هذا القبيل النزلات المثانية التى تنشأ عن الافراط من استعمال الذراريح وبلسم الكوباى ونحو ذلك والنزلات المثانية التى تنشأ عن الامراض المحدثة لاحتباس البول كامراض النخاع ومدة سير التيفوس وتضايق قناة مجرى البول وانتفاخ البروستة ونحو ذلك وأيضا استعمال البوزة الحديثة غير المخمرة جيدا ينتج عنه نزلات مثانية وقتية ثانيا قد ينشأ الالتهاب النزلى المثانى عن امتداد التهيج الالتهابى من الاعضاء المجاورة ومن هذا القبيل يعد الالتهاب المثانى النزلى الذى كثيرا ما يصاحب التهاب البروستة والسيلان المجرى ويستمر بعد شفايه ثالثا قد يحصل الالتهاب المثانى النزلى من تأثير البرد على الجلد سيما على الاقدام والبطن رابعا قد يصاحب على العموم الالتهاب المثانى النزلى العرضى التولدات الجديدة وغيرها من الامراض المثانية الثقيلة

(الصفات التشريحية)

فى الاحوال الحادة لهذا المرض يظهر الغشاء المخاطى المثانى محمرا منتفخا رخوا وسطحه مغطى بمادة مخاطية مختلطة بكمية مختلفة من الاخلية البشرية المنفصلة واخلية حديثة التكوين وفى النزلات المزمنة يختفى الاحمرار ويظهر لون الغشا المخاطى سنجابيا وسخا ويكون هو سميكا منتفخا وكذا المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى والمنسوج الخلوى الضام للالياف العضلية وكذا الالياف العضلية نفسها تكون سميكة فى حالة

ضخامة و يوجد على السطح الباطن من المثانة فى هذه الاحوال مادة مخاطية سنجابية قيحية اونضح قيحى مصفر والغالب ان يكون البول منفسدا بسبب تأثير الافراز المرضى عليه تخميرة فيكون ذا رائحة نوشادرية شديدة وخواص قلوية

ومن انتهاآت الالتهاب المثانى النزلى المزمن الانتهاء بالشفا نادرا بل الغالب ان يتضاعف فى سيره بتكوين اخلية جديدة على سطح الغشا المخاطى المثانى وبتكوين اخلية جديدة كثيرة فى جوهر الغشا المخاطى نفسه وفى المنسوج الخلوى تحته والمنسوج العضلى و بهذه الكيفية تحدث القروح المثانية الترابية والخراجات تحت الغشا المخاطى المثانى و بهاتين الحالتين يمكن ان تنثقب جدر المثانة فان حصل ذلك عقب التصاق المثانة بالاعضاء المجاورة بواسطة التهاب مثانى دايرى تكون عن ذلك خراجات فى محيط المثانة تنفتح فى الاحوال الجيدة اما نحو الظاهر أو فى المستقيم او المهبل وفى الاحوال غير الجيدة تنفتح فى تجويف البطن وهناك انتهاء آخر للالتهاب النزلى المثانى المزمن وهو الانتهاء بالتقرح المنتشر وهذا الانتهاء وان لم يكن كثير الحصول الا انه ينشا بالخصوص فى الاحوال التى فيها يؤثر البول على الغشاء المخاطى للمثانة تأثيرا اكالا مفسدا عقب احتباسه وفساده وفى هذه الحالة يوجد الغشاء المخاطى المثانى لينا فى اعلادرجة متغير اللون ذا هيئة وسخة ولون اسمر محمر اواسود ويكون مغطى بنضح وسخ او مستحيلا الى مادة فطرية خلية مرتشحا بالصديد والالياف العضلية للمثانة تكون باهتة سهلة التمزق والمنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وبين الالياف العضلية يكون مرتشحا بالصديد ويوجد فى المثانة نفسها سائل اسمر مسود كلون الشكولاتا ذو رائحة نوشادرية شديدة متكونة من البول المنفسد ومن الدم او الصديد ومن ندف من الغشاء المخاطى المتهتك وفى الاحوال الثقيلة جدا يمتد الفساد الى جميع طبقات المثانة فينصب متحصلها فى تجويف البطن وهناك انتهاء ثالث للالتهاب المثانى النزلى المزمن وهو الانتهاء بثخن جدر المثانة وضخامتها ضخامة عظيمة ناتجة عن ضخامة الالياف العضلية التى اشرنا لها فيما تقدم وهذه الضخامة قد تحصل احيانا بدون الالتهاب النزلى المثانى اعنى عند وجود عايق عظيم

فى حركة انقذاف البول وجدر المثانة فى هذه الحالة تكون ثخينة من بعض خطوط الى نصف قيراط بل ازيد والحزم العضلية تكون حواجز مستديرة ينتج عنها فى السطح الباطن للمثانة ارتفاعات كالحواجز بحيث تشبه فى المنظر السطح الباطن للقلب الايمن (ويسمى المشرحون ذلك بالمثانة ذات الاعمدة) ويميز للضخامة المثانية نوعان على حسب تزايد تجوبف هذا العضو الواقع فى الضخامة اوتناقصه فتسمى الضخامة فى الحالة الاولى بالضخامة الدائرية وفى الحالة الثانية بالضخامة المركزية ففى الشكل الاول من هذه الضخامة للمثانة يصعد هذا العضو الى اعلا نحو السرة وفى الشكل الثانى يصغر حجمه حتى يبلغ حجم الجوزة وفى بعض الاحوال من الالتهاب النزلى المثانى المزمن سيما اذا كان مصحوبا بعايق فى انقذاف البول يندفع الغشاء المخاطى بين الالياف العضلية المتباعدة فينشا عن ذلك جيوب تكون فى الابتداء صغيرة ثم تتمدد شيأ فشيأ وتكون جيوبا عظيمة ذات عمق فى حجم قبضة اليد وأزيد ومحل اتصال هذه التجاويف بالمثانة يكون على شكل فوهة مستعرضة ثم تصير هذه الفوهة فيما بعد مستديرة شبيهة بالفوهات ذات العضلات العاصرة وحيث ان انقذاف البول من هذه الجيوب لا يكون تاما فلا يندر ان تحصل فيها رواسب بولية وتكون مجلسا لحصيات متكدسة

(الاعراض والسير)

الالتهاب النزلى المثانى قد يكون احيانا مصحوبا بظواهر حمية لكن الغالب ان يفقد ارتفاع الحرارة وتواتر النبض فى هذا المرض وفى أحواله الحديثة تشتكى المرضى بآلام غير محدودة فى الجزء السفلى من البطن والعجان وتمتد هذه الآلام الى الاعلا نحو الكليتين والى الاسفل نحو قناة مجرى البول الى الحشفة وبالضغط على القسم المثانى لا تحس المرضى بآلام الا فى الاشكال الثقيلة لهذا المرض والغشاء المخاطى المثانى الذى يكون محتقنا متهيجا لا يكون له قدرة على ملامسة البول بحيث ان تجمع نقط قليلة من هذا السائل فى المثانة يحدث عند المرضى زحيرا بوليا شديدا وقد تكون العضلة العاصرة المثانية فى حالة انقباض تشنجى وبذلك ينشأ احتباس البول وزحير بولى شبيه بما يحصل فى المستقيم عند التهاب هذا العضو التهابا نزليا فالمرضى

تكادان لا تترك من ايديها اناء التبول والبول نفسه يكون مؤلما جدا والنقط القليلة التي تسيل من قناة مجرى البول في مسافات قصيرة تحدث عندهم احساسا شبيها بمرور الرصاص الذائب في القضيب وفي ابتداء هذا المرض يكون افراز المواد المخاطية قليلا كما يشاهد ذلك في جميع الالتهابات النزلية الحديثة ثم فيما بعد يصير البول المندفع متعكرا ويرسب منه راسب مخاطي كثير الغزارة او قليلها ثم ان هذا المرض قد ينتهي سيره في ظرف بعض ايام بالشفاء بل والاحوال النزلية الخفيفة للمثانة التي تنتج عن تعاطي البوزة الحديثة يمكن ان تنتهي في عدد قليل من الساعات وفي احوال أخرى يتدسير هذا المرض زمنا طويلا فينتقل الى الحالة المزمنة واحيانا يشاهد مدة سير هذا الالتهاب انقباض مستمر في العضلة العاصرة المثانية يؤدي لاحتباس تام في البول وكثيرا ما ينشأ في اثناء سير النزلة المثانية لاسيما عند الشيوخ حالة شلل في العضلة المضيقة للمثانة تؤدي كذلك لاحتباس في البول وذلك ينتج عن تغيرات تابعية كالاوذيما والاستحالة الشحمية لعضلات المثانة وهذا هو الذي يصير النزلة المثانية البسيطة عند الشيوخ خطرة للغاية

وفي الشكل المزمن للنزلة المثانية تتناقص الالام بعد بعض زمن لكن عدم الطاقة المثانة لتحمل ملامسة متحصلها والتطلب المتكرر للتبول يستمران وكمية المواد المخاطية المنفرزة تزداد ازديادا عظيما وفي الابتداء يرسب من البول تدريجا طبقة مخاطية شفافة ثم يصير هذا السائل فيما بعد كثيفا متعكرا والراسب غير شفاف مبيضا أو مصفرا ومتى اعترى البول داخل المثانة التخمر القلوي كما بدا فراز الغشاء المخاطي المريض المحتوي على كثير من الكرات القيحية والاخلية البشرية المنفسدة استحالة مخصوصة وصار مكونا لمادة هلامية بحيث تبقى متماسكة ببعضها ومكونة لخيوط مستطيلة عند صب البول من اناء الى أخر

وقد ذكرنا في الطبعات المتقدمة من كتابنا هذا ان المواد المخاطية المنفرزة بكمية عظيمة تؤثر على البول في غالب الاحوال تخميرة فينشأ فيه عن ذلك تخمر قلوي وبه تستحيل البولينا الى كربونات نوشادر فتتكون في البول اتحادات نوشادرية كبولات النوشادر وفسفاته وفسفات الماتزيا أي املاح مثلثة القاعدة

وذكرنا أيضا ان المواد المخاطية المختلطة بالبول لا تحدث هذا التخمر القلوى على الدوام ووجدنا فى أحوال عديدة من هذا الالتهاب فيها البول كان دائما ذا خواص حمضية وقد تحقق عندى فى السنين الاخيرة بمشاهدة من المعلم زوبه وبمشاهدات وتجارب خاصة بنا ان المحدث لتخمر البول القلوى فى المثانة ليست المواد المخاطية المثانية بل حيوانات دنيئة تصل على غلبة الظن بالاكثر الى المثانة بواسطة القساطير الغير النظيفة وعندى مشاهدة أكلينيكية مثبتة لهذا الامر فى أعلى درجة وهذه المشاهدة تخص شابة مصابة بشلل فى المثانة وكانت تقسطر مدة أسابيع عديدة بقساطير غير نظيفة فظهر عندها التخمر البولى القلوى فى أعلى درجة وكان البول المستفرغ منها ذا خواص قلوية ورائحة نوشادرية نفاذة ومحتويا على بلورات من بولات النوشادر ومن فسفاته وفسفات المانزيا وهوام عديدة وفطر نباتى دنىء ولم يوجد فيه مادة مخاطية ولا أخلية جديدة ولم تكن المريضة مصابة بنزلة مثانية من قبل

ثم ان الالتهاب المثانى النزلى المزمن يستمر سيره جملة اسابيع اواشهر بل وسنين وكلما استطالت مدته كان العشم بالشفاء قليلا

ويظن بتكوين قروح فى الغشاء المخاطى المثانى متى صار الراسب قيحيا أكثر من كونه مخاطيا وخرج مع البول زمنا فزمنا بعض مواد دموية وظهرت حمى خفية دقية منهكة للمريض جدا وفى مثل هذه الاحوال تهلك المرضى بما يسمى بالسل المثانى سيما متى اصطحب بتكون خراجات عظيمة حول المثانة وقروح ناصورية مستمرة التقيح

وعند انتهاء الالتهاب المثانى النزلى المزمن بالتقرح المنتشر يشاهد ضعف القوى ضعفا عظيما وتتغير سحنة المريض ويصير النبض صغيرا خيطيا والجلد باردا والبول المنقذف متغير اللون فيكون أحمر أو اسود مختلطا باهداب من الغشاء المخاطى وذا رائحة منتنة وتهلك المرضى عادة فى مدة بعض أيام مع الانحطاط العظيم ولو بدون حصول تمزق كلى فى جدر المثانة وانسكاب البول فى تجويف البطن

وأما ثخن جدر المثانة بضخامة اليافها العضلية فتعرف عند تمدد هذا العضو

لظهور ورم ذى مقاومة خلف الارتفاق العانى يمكنه ان يمتد الى السرة أو أعلاها وهذا الورم يمكن اختلاطه عند النساء بالرحم المتمدد وفى العادة لا تكون للمرضى قدرة على استفراغ المثانة الضخمة المتمددة استفراغا تاما ولو لم يكن عندهم انسداد فى عنق المثانة أو فى قناة مجرى البول يعوق التبول فلا يخرج من المرضى الا البول الذى يكون زائدا عن حد امتلاء المثانة المتمددة تمددا عظيما فلا يجد له محلا فيها بل قد يسيل منهم هذا السائل سيلانا جبريا عند شلل العضلة العاصرة بكيفية مخصوصة ولذلك قد يشاهد أن المرضى قد يخرج منهم فى ظرف ٢٤ ساعة كمية اعتيادية من البول ومع ذلك فلم تزل المثانة محتوية على قدر رطلين أو ستة من البول ولا يمكن اخراجه الا بواسطة القسطرة وفى الضخامة المركزية للمثانة يحس بورم صلب بواسطة جس المهبل أو المستقيم وهذا الورم يمكن ان يتسبب عنه التباسات عظيمة بعدة أمراض وحيث ان المثانة فى مثل هذه الحالة لا يكون لها قدرة على التمدد فيوجد عند المريض تطلب مستمر للبول متعب جدا وان كانت العضلات العاصرة منشلة توجد عندهم سلس بولى مستمر

(المعالجة)

أما المعالجة السببية فتستدعى أولا تبعيد المؤثرات المهيجة التى أثرت على الغشاء المخاطى المثانى واحدثت المرض ففى الاحوال التى فيها يكون سبب النزلة المثانية القسطرة غير الجيدة أو الحقن المهيج فى قناة مجرى البول يمكن تبعيد ذلك كما أنه يمكن الحصول على ذلك أيضا فى الاحوال التى يكون فيها سبب المرض استعمال الذراريح أو اطالة استعمال الحراريق أو المراهم المهيجة أو فيما اذا نتج تهيج المثانة عن الاحتباس المستطيل للبول وفساده واذا كان مرض المثانة ناتجا عن امتداد الالتهاب من قناة مجرى البول أو الرحم يجب ارسال العلق على العجان أو الجزء المهبلى من الرحم وفى الاحوال التى يكون فيها سبب هذا المرض تأثير البرد تستعمل المعالجة المعرقة

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى فى الاحوال الحديثة التى تكون فيها جميع مكابدات المريض ثقيلة استعمال الاستفراغات الدموية كارسال العلق والاجود ارساله على العجان لا أعلى العانة وفى غالب الاحوال يكفى

فى الالتهاب المثانى النزلى الحاد استعمال الضمادات الفاترة على الجزء الاسفل من البطن والحمامات العمومية الفاترة لاجل تلطيف مكابدات المريض الناتجة من هذا المرض وانتهائه انتهاء جيدا وماعدا ذلك ينبغى الاجتهاد فى ان يكون البول الواصل للمثانة مخففا ما أمكن بواسطة المشروبات المائية الغزيرة وليس من الضرورى ان يضاف لهذه المشروبات جواهر غروية أوز يتية بل الذى ينبغى تجنبه فقط استعمال ملح الطعام والافاويه وأجود ما يعطى للمريض المشروبات الحمضية صناعية كانت أوطبيعية كماء سلترمز وماء ولدونجروفاشنجروجلنوير وماء الصودا أوماء الكلس الممزوج بقدره من اللبن ومن الممدوح جدا فى معالجة الالتهاب المثانى النزلى الحاد ثمر الكبريت النباتى (بان يعطى منه قدر ١٥ جراما أعنى نصف أوقية ممزوجة مع ٤٥ جراما أعنى أوقية ونصفا من العسل ويصنع ذلك على هيئة مربة يعطى منها كل ساعتين ملعقة صغيرة) وكذلك من الممدوح جدا فى الالتهاب المثانى النزلى الناشئ من استعمال الذراريح الكافور (بان يعطى منه ٣ دسى جرام أعنى ٦ قمحات على ١٥٠ جراما أعنى ست آواق من مستحلب اللوز) وكذا يعطى فى هذا المرض لاجل مضاربة الآلام والزحير المثانى مع النجاح الافيون بمقدار صغير على شكل مسحوق دوفير فيعطى منه للمريض مقدار كاف فى المساء قبل النوم او يعطى على شكل الصبغة الافيونية بمقدار صغير أو يستعمل الحقن تحت جلد الجزء الاسفل من البطن بواسطة المورفين وأما اذا زالت الآلام ووجد البول ممزوجا بكمية عظيمة من المواد المخاطية والكرات الصديدية وجب استعمال القوابض وأكثر ما يستعمل فى هذه الاحوال مطبوخ أوراق عنب الدب (١٢ جراما على ١٥٠ من الماء أعنى نصف أوقية على ست أواق من الماء و يعطى من ذلك كل ساعتين ملعقة كبيرة) واجود من ذلك تاثيرا استعمال التنين مع الاستمرار وقد شاهدت منه نجاحا عظيما فى الاحوال المستعصية لهذا المرض وفى الادوار الاخيرة للالتهاب المثانى النزلى الحاد خصوصا فى الشكل المزمن منه تستعمل بكثرة المياه المعدنية القلوية كماء فيشى وإمس ونحو ذلك وكذا يحصل نجاح عظيم من استعمال الجواهر

البلسمية الراتنجية فان لها تأثيرا جيدا على السيلان الخاطية المجرية وذلك كزيت التربنتينا وماء القطران وبلسم البيرو وخصوصا بلسم الكوباى الذى يعطى فى محافظ صغيرة غروية واذا لم تنجح هذه الوسائط وجب الانتقال لاستعمال المعالجة الموضعية الاوارطية على الغشاء المخاطى المثانى بواسطة الحقن خصوصا الحقن بالماء الفاتر الذى تخفض بالتدريج درجة حرارته الى ١٦ درجة ريمير وهذه الطريقة المنسوبة الى المعلم سيبيال تستعمل خصوصا عند النساء بنجاح عظيم وقد يضاف للماء الفاتر بعض الجواهر الملطفة كاللبن ومطبوخ الخطمية أو الصمغ وينبغى أن يفعل الحقن بالاحتراس أو بواسطة جهاز هيجار واذا أريد استعمال الحقن بالقوابض ينبغى الاحتراس العظيم فى ذلك وذلك كحقن محلول نترات الفضة الخفيف وكبريتات الزنك وحمض التنيك والتنين ونحو ذلك أو الحقن بواسطة جواهر مخدرة (كخلاصة الافيون أو خلاصة ست الحسن) أو بجواهر مضادة للتعفن (كحمض الكربوليك) وقد تستعمل الحقن كذلك بمستحلب بلسم الكوباى (بقدر ثلاث جرامات على ١٥٠ أعنى درهما على ست آواق) كما أوصى به بعض الاطباء ومدحه مدحا عظيما والتأكد من وجود قروح فى المثانة لا يتنوع المعالجة وأما التقرح المنتشر للغشاء المخاطى المثانى فليس للمعالجة فيه ادنى تأثير وفى الضخامة الدائرية ينبغى قسطرة المثانة واستفراغها بالقساطير مع الانتظام كل ٨ ساعات أو ١٢ ساعة ويوضع للمريض حزام مرن على البطن واما فى أحوال الضخامة المركزية يوصى المريض بعكس ذلك فيؤمر بحجز البول زمنا طويلا ما أمكن لاجل تمدد المثانة تمددا تدريجيا وقد اوصى بعض الاطباء فى مثل هذه الحالة بوضع قساطير مرنة فى المثانة وضعا مستمرا وسد فوهتها بسدادة ولا تستفرغ المثانة الا كل ساعتين أو ثلاثة

(المبحث الثانى فى الالتهاب المثانى ذى)
(الغشاء الكاذب والدفتيرى)

الالتهاب المثانى ذو الغشاء الكاذب والدفتيرى يكاد لا يحصل الا فى مدة سير الامراض القمحية الثقيلة كالتسمم العفن للدم والتيفوس والجدرى

والقرمزية

والقرمزية و يصاحب اذذاك التهابات مماثلة له فى اغشية مخاطية اخرى ويندر حصول هذا الالتهاب من الافراط فى استعمال الذراريح أو عقب الولادة الشاقة وعقب التهيج الشديد جدا للمثانة بواسطة البول المنفسد وفى هذا الشكل من هذا الالتهاب يتكون نضح التهابى منعقد متفاوت السمك والقوام فتارة يكون مغطيا للسطح السائب للغشاء المخاطى المثانى او مرتشحا فى منسوج هذا الغشاء ويندر ان يكون ممتدا الى جميع سطح المثانة بل الغالب ان يكون قاصرا على بعض اصقارها مكونا لبقع ذات شكل مستدير أو أشرطة وبعد انفصال الخشكريشات الدفتيرية يخلفه فقد جوهر فى الغشاء المخاطى ولا يمكن معرفة هذا المرض مدة الحياة الا بخروج تعقدات غشائية مبيضة اللون مع البول مصحوبة بزحير بولى شديد وفى الالتهاب المثانى ذى الغشاء الكاذب الذى يشاهد احيانا عقب الافراط من استعمال الذراريح أو الولادة الشاقة بواسطة الجفت مدشوهد خروج أغشية كاذبة عظيمة مع البول ومعالجة الالتهاب المثانى ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى تستدعى نفس الوسائط العلاجية التى أوصينا باستعمالها فى الاحوال الشديدة الحادة من الالتهاب المثانى النزلى

(المبحث الثالث فى الالتهاب المثانى الدائرى)

يحصل فى المنسوج الخلوى المحيط بالمثانة أى الضام لها مع الاجزاء المجاورة التهابات فلغمونية ذاتية احيانا تعرف بالالتهاب المثانى الدائرى بقطع النظر عن الالتهابات التى تحصل فى هذا المنسوج الخلوى عقب تثقب المثانة وقروح جدرها أو خراجات فيها وحصول هذه الالتهابات الفلغمونية اندر من حصولها حول المستقيم وتكاد لا تشاهد الا فى الامراض التسممية كالتيفوس والحميات الطفحية الحادة ونحو ذلك ويندر جدا ان يكون حصول هذا الالتهاب ذاتيا عند اشخاص سليمة من قبل بدون أسباب معلومة وهذا الالتهاب له ميل عظيم للانتهاء بالتقيح وتغنغر المنسوج المصاب ويمتد بسهولة الى المنسوج الخلوى الضام لبقية اعضاء الحوض بعضها والمثبت لها بجدر الحوض ويمكن ان ينسكب الصديد فى المثانة أو المستقيم أو المهبل أو جهة الخارج من العجان وزيادة عن ذلك يصطحب الالتهاب المثانى النزلى

المزمن وقروح المثانة بالالتهاب الدائرى المزمن لهذا العضو والذى يؤدى لحصول كثافة وتيبس فى المنسوج المحيط بالمثانة والتصاقها بما حولها التصاقا متينا وفيه قد تتكون أيضا خراجات فى بعض الاحوال

وفى أغلب الاحوال يكاد لا يعرف هذا المرض فان كلا من الزحير البولى المؤلم والآلام الصماء المستمرة فى الحوض والقشعريرات المتكررة والاحتباس البولى التام اذا كان الحالبان أوقناة مجرى البول منضغطة بالخراج المتكون لا يرتكن اليه مع التأكيد فى التشخيص ولا يصير أكيدا الا متى وجد خراج فى الجهة المقدمة من المثانة أعلى العانة وكان هذا الخراج مكونا البروز كرى الشكل لا يزول عند استفراغ المثانة أوكان مكونا لورم متموج فى العجان أواحس بتموج هذا الورم عند الجس فى المستقيم أو المهبل ومعالجة الالتهاب المثانى الدائرى من خصوصيات الجراحة

(المبحث الرابع فى درن المثانة)
(وسرطانها)

درن المثانة يحصل عادة حصولا تابعا للدرن الحالبين والكليتين والحويض ويظهر فى المثانة كذلك اما على هيئة درن منتشر أو مجتمع يعقبه بعد لينه وتقرحه قروح غير منتظمة مستديرة تارة وتارة تحصل استحالة جبنية منتشرة فى الغشاء المخاطى المثانى تؤدى لحصول تهتكات متسعة فيه لكن هذا أندر حصولا مما فى الحالبين والحويض

ثم ان اعراض الدرن المثانى تشابه بالكلية اعراض الالتهاب المثانى النزلى المزمن والتقرح المثانى المزمن ويوجد عند المريض أيضا فى هذا المرض زحير مثانى مؤلم ويكون البول مختلطا بمواد مخاطية صديدية غزيرة ذات رائحة نوشادرية من فساده وانحلاله ويحصل عند المريض احيانا انزفة مثانية وعلامات ضخامة المثانة الدائرية والمركزية تصاحب الدرن المثانى والذى يرتكن اليه فى تشخيص هذا المرض مع التأكيد الاستحالة الدرنية للخصيتين والبروستة وكذا ظهور الياف مرنة أوجزيئات عظمية من جدر المثانة يستدل منها على وجود تغير مفسد فى هذا العضو ويرتكن الى ذلك فى التشخيص التمييزى وقد شاهدت فى امرأة معتريها تدرن المثانة والمسالك

البولية والكليتين قرحة غير منتظمة مشرزمة ذات قاع سنجابي في الفرج محيطة بفوهة قناة مجرى البول

ومعالجة الدرن المثانى هى عين معالجة الالتهاب النزلى المثانى المزمن لكن لا ثمرة فيها على العموم

واما سرطان المثانة فليس كثير الحصول ويظهر فى المثانة اما ظهورا اوليا أو تابعيا لامتداد الاستحالة السرطانية من الرحم أو المستقيم الى المثانة واشكال السرطان المثانى التى تشاهد هى السرطان الاسكيرى والنخاعى واكثر منهما السرطان الحلامى أو الخلى ففى الشكلين الاولين تشاهد اما استحالات سرطانية منتشرة فى جدر المثانة يحصل عقب تلاشيها استطراقات بين المثانة والمهبل أو بينها وبين الرحم والمستقيم واما ان ينشأ عنها أورام محدودة او ذات عنيق فى المثانة وأما السرطان الخلى فيتكون فيه مادة سرطانية رخوة متكونة من تولدات دقيقة خملية تتموج فى الماء وتنفصل مدة الحياة زمنا فزمنا فينتج عن ذلك انزفة مثانية

وكذا فى السرطان المثانى تكون العلامات الاكثر وضوحا عند المريض هى علامات الالتهاب المثانى النزلى المزمن وفى هذا المرض يحصل النزيف المثانى بكثرة عما يحصل فى الدرن المثانى ويرتكن فى التشخيص التمييزى الى استعصاء الاعراض وتثاقلها على الدوام وظهور سوء القنية السرطانى ووجود اورام سرطانية فى الاعضاء المجاورة وبالخصوص على البحث الميكرسكوبى عن الجزيئات السرطانية التى تنقذف مع البول زمنا فزمنا والمعالجة لا تثمر فى هذا المرض وتكون قاصرة على مقاومة الانزفة وايقافها وعلى ازالة احتباس البول الذى يحصل زمنا فزمنا وعلى باقى الاعراض الخطرة

(المبحث الخامس فى النزيف المثانى ويعرف)
(بالبول الدموى)

النزيف الذى يحصل من الاوعية المثانية يكون بنبوعه فى كثير من الاحوال جرحيا واكثر ما يحصل هذا الشكل من الاجسام الغريبة التى دخلت فى المثانة او حصيات او نهاذات الحوافى الحادة وعند النساء المصابات بالاستريا كثيرا ما تشاهد أحوال غريبة من هذا القبيل فانهن كثيرا ما يدخلن

فى اعضاء التناسل أو قناة مجرى البول أجساما غريبة تكون سببا لحصول النزيف وفى أحوال اخرى تؤدى قروح المثانة لتآكل فى جدر الاوعية وحصول النزيف المثانى وكذا التولدات المرضية الجديدة كالدرن والسرطان سيما السرطان الخملى فكثيرا ماينتج عنها انسكاب دموى فى المثانة ويندر ان يكون النزيف المثانى ناتجا عن الافراط من استعمال الذراريح وهو المعروف بالبول الدموى التسممى أو عن الدياتيز النزيفى وبالجملة يمكن ان ينتج عن التمددات الوعائية الشديدة للمثانة والدوالية تمزق فى جدر هذه الاوعية وانزفة مثانية لكن حصول الانزفة المثانيه بهذه الكيفية نادر جدا ولو ان العوام يعتقدون حصولها بكثرة ويسمونه بالنزيف المثانى الباسورى ومن المعلوم ان احتباس الدم فى المثانة وتمددأوعيتها قليل جدا بالنسبة لما يحصل فى المستقيم فلا يظن بوجود هذا الشكل الاخير من النزيف المثانى الابعد اعتبار الظواهر المرضية ونفى وجود جميع الاشكال الاخرى للنزيف المثانى

والنزيف المثانى ولو ان فيه اختلاط الدم بالبول لا يكون عظيما جدا كما فى النزيف الحويضى والحالبى وفى هذا المرض يحصل أيضا تجمدات دموية عظيمة زيادة عما يحصل فى النزيف الحويضى والحالبى الا ان كلا من هاتين العلامتين ربما يوقع فى الخطاولذا كانت معرفة ينبوع النزيف الآتى مع البول عسرة جدا فى الغالب والذى يرتكن اليه فى ذلك هو اعتبار العلامات المصاحبة فان البول الدموى المثانى يكاد ان يصطحب على الدوام بعلامات تغيرات جوهرية فى المثانة فيوجد فى الزمن الذى لم يستفرغ فيه دم مع البول مواد مخاطية وكرات صديدية وتعسر فى البول ونحو ذلك

(المعالجة)

اهم شئ فى معالجة النزيف المثانى مضاربة المرض الاصلى الناتج هو عنه وفى الاحول الثقيلة لهذا المرض يوصى باستعمال المكمدات الباردة والجليدية على قسم المثانة ويعطى التنين من الباطن بمقدار عظيم جدا لكن اذا استمر النزيف وصار مضعفا للمريض وجب استعمال الحقن فى المثانة بالماء البارد أو محلول الشب اوزاج الخارصين اونترات الفضة والتعقدات

الدموية العظيمة التى تسد فوهة المثانة ينبغى تبعيدها على حسب قواعد الجراحة ويستعمل مع النجاح غالبا الحقن الباردة المتكررة فى النزيف البولى الباسورى وفى غير هذا الشكل من النزيف المثانى

(المبحث السادس فى التجمعات الحصوية للمثانة)

(أى الحصيات المثانية)

(كيفية الظهور والاسباب)

كيفية حصول كل من الحصيات الكلوية والمثانية لم يزل غير واضح اذ لا يوجد توجيه ثابت ثبوتا كافيا بحيث يرد الاعتراضات التى تتوجه عليه وهذا يقال بالخصوص بالنسبة للرأى القائل بان تكوين الحصيات البولية ناشئ عن تغير مخصوص فى التبادل العنصرى أى سوء قنية ينشأ عنها تكوّن كمية عظيمة من حمض البوليك أو الاوكساليك أو الاملاح الفسفاتية وتنفصل من الدم بواسطة الكلية ومن ذلك تتكون رواسب فى المسالك البولية وتوجيه المعلم شيرر بالنسبة لتكوين الحصوات يميل له العقل وعلى مقتضاه لا تنفصل الجواهر التى ترسب فى المسالك البولية وتكوّن تراكمات حجرية أحيانا من الكلية بل انها تتكون بواسطة انحلال البول وفساده مدة مكثه فى المسالك البولية وهذا الفساد يصير فى البول بعد استفراغه وتعرضه للهواء ظاهرا وبلا فيصل ابتداء تخمر حمضى به تستحيل العناصر الملونة والخلاصية للبول الى حمض اللبنيك و ينفصل حمض البوليك من اتحاداته القابلة للانحلال فيرسب ويعقب التخمر الحمضى تخمر قلوى فتستحيل البولينا الى كربونات النوشادر وباتحاد النوشادر بفوسفات المانيزيا المشتمل عليها البول ينشأ فوسفات النوشادر والمانيزيا المسمى بالفسفات الثلاثى القاعدة والخميرة التى تحدث تخمر البول فى المسالك البولية هى المواد المخاطية التى تنتج عن التهابها النزلى لكن للمواد المذكورة تبعا للمعلم شيرر زيادة عن ذلك تأثير آخر مهم فى تكون الحصوات فانها تخدم كواسطة انضمام للرواسب بحيث ان التعقدات المخاطية تكوّن فى معظم الاحوال نواة عليها تتراكم الرواسب البولية وتركيب الحصوات المكونة من طبقة

دائرية فوسفاتية ونواة مركزية مكونة من حمض البوليك بوجه تبعا لنظريات شيربانه مادام التخمر الحمضى مستمرا كذلك يستمر رسوب حمض البوليك لكن متى طرأ التخمر البولى باستمرار الالتهاب النزلى زمناطويلا أو عقب تقاقله الناتج عن تهيج الحصاة البولية ترسب الاملاح الفسفاتية

وتبعا لنظريات المعلم ميكال لايلزم تكون رواسب بولية حتى تنشأ الحصوات عنها فان معظم الحصوات البولية متكونة ابتداء من أوكسالات الكلس وكيفية تكونها ان الغشاء المخاطى للمسالك البولية يصير محلا لالتهاب نزلى نوعى يعبر عنه ميكال بالنزلة الحصوية فبهذا الالتهاب النزلى تنفرز مواد مخاطية خيطية لزجة لهاميل للتخمر الحمضى فحينئذ يظهر فيها أوكسالات الكلس وفى الابتداء تكون المواد المخاطية الاوكسالية الكلسية ذات قوام هلامى وتأخذ شيأ فشيأ من البول المنفصد كمية عظيمة من اوكسالات الكلس فحينئذ تزداد صلابتها وتتحجر انتهاء ومادام البول كثير الحمضية يعظم حجم الحصاة بتكون طبقات جديدة من أوكسالات الكلس المخاطية التى تتراكم عليه وتتحجر كذلك فان صار البول فيما بعد قلويا يتقدم الالتهاب النزلى فى السير ولاتنمو الحصاة بتراكم جديد بل بالتداخل الجزئى مع استحالة جديدة بمعنى ان أوكسالات الكلس تزول أوتنطرد ابتداء بحمض البوليك ثم ببولات النوشادر ثم بالاملاح الفوسفاتية وأخيرا يتكون عن الحصوات الاوكسالية بهذه الكيفية حصوات فوسفاتية ولواردنا التعرض لمانقص من هذين التوجيهين والى الاعتراضات التى تتوجه الى حقيقتهما لطال علينا الكلام وخرجنا عن الموضوع وكذا من المعلوم ان الاستعداد الوراثى فى تكون الحصوات غيرواضح أيضا بل قدشوهد فى بعض فروع عائلة واحدة نوع واحد من الحصوات والرجال عرضة لها أكثر من النسا وسن الطفولية لايكون مصونا منها بل يكثر تكونها هى والرمل فيه ويكثر وجود هذا المرض فى بعض الاقاليم زيادة عن الاخرى كانكلترة

ويظهر ان شرب المياه المحتوية على الكلس ليس له دخل فى تكون الحصاة بخلاف المشروبات المخمرة المحتوية على حمض الكربونيك فان له دخلا فى تكوينها وبالاقل فى تكون الحصاة المحتوية على أوكسالات الكلس

وجميع المؤثرات المضرة التى تهيج المسالك البولية وتؤدى الى التهابات نزلية فيها يمكن ان تكون سببا لتكوين الحصوات لكن من الامور المبهمة كون بعض الالتهابات النزلية يستمر زمنا طويلا بدون تكون تجمعات حصوية بخلاف البعض الآخر فانه يؤدى لحصولها بسرعة

(تنبيه تكون الحصوات بالنسبة للقطر المصرى يختلف فيكثر جدا فى الاقاليم البحرية منه ويقل جدا فى الاقاليم القبلية فليس السبب فى ذلك شرب المياه العكرة النيلية كما تزعمه العوام بل كثرة حصول الالتهابات النزلية فى الاولى دون الثانية وذهب بعضهم فى العصر الاخير الى أن كثرة تكون الحصوات البولية فى المثانة مبنى على وجود نواة متولدة من الدودة البلهارسية (المعروفة بالديستوماهيماتوبيوم)

(الصفات التشريحية)

يختلف كل من عظم الحصيات البولية وعددها وشكلها وتركيبها الكيماوى والصغيرة جدا منها التى توجد بعدد عظيم عادة تسمى بالرمل البولى وأما شكل الحصيات ولونها فيختلفان باختلاف تركيبها وقد ميزلها الانواع الاتية

أولا الحصيات المتكونة من حمض البوليك والاملاح البولية وهى مستديرة أو بيضاوية وذات لون أحمر مسمر عادة صلبة جدا وثقيلة الوزن وسطحها اما أملس أوذو تحدبات

ثانيا الحصيات المتكونة من أوكسالات الكلس وتكون ذات سطح ذى تحدبات أوحلمى ولذا تسمى بالحصيات التوتية وهى صلبة جدا ولونها أسمر داكن أو أسود (وهذا ناتج عن المادة الملونة للدم المتغيرة المختلطة بها) ومع ذلك توجد حصيات صغيرة من أوكسالات الكلس شبيهة بحب الشهدانج

ثالثا الحصيات المتكونة من فوسفات النوشادر والمانيزيا ومن فوسفات الكلس وتكون ذات لون مبيض أو سنجابى وذات شكل مستدير أو بيضاوى ووزنها النوعى خفيف وذات قوام هش طباشيرى

رابعا الحصوات المتكونة من السستين وهى نادرة ولونها عادة أبيض مصفر

ملساً و يندر ان يكون سطحها اذا تعددت
خامساً الحصوات المتكونة من الاكسنتين وهى اندر من السيتينية وصلبة
جداً ولونها أصفر محمر وسطحها أملس عادة
سادساً الحصوات المتكونة من جملة طبقات مختلفة التركيب وهى كثيرة
واحياناً يكون بعض البوليك النواة واوكسالات الكلس تكون الغلاف
و يندر العكس والغالب ان تكون الحصوات مكونة من عدة طبقات فيها
يكون الغلاف مكوناً من الاملاح الفوسفاتيه ومحتوياً على نواة متكونة اما
من بولات الكلس واوكسالاته أو من عدة طبقات متكونة على التعاقب من
أحد هذين الجوهرين
ثم ان الحصوات المثانية تكون اما سايبة فى المثانة فتتغير أوضاعها بتغير
أوضاع الجسم أو تكون مثبتة فى انبعاجات أو جيوب من الجدر المثانية
والغشاء المخاطى المثانى يكون فى حالة التهاب نزلى أو تقرح نزلى والطبقة
العضلية تكون فى حالة ضخامة ومع ذلك فقد تفقد جميع هذه الظواهر متى
كانت التجمعات الحصوية ملساً وخفيفة

(الاعراض والسير)

لا يكثر وجود احساس واضح فى المرضى بالحصيات المثانية ووجود جسم
غريب عندهم فى المثانة يتغير وضعه باختلاف أوضاع الجسم فالعرض
الرئيس الملازم هو الالم فى قسم المثانة الذى يزداد بالوقوف والمشى والركوب
ونحو ذلك ويتناقص عند ملازمة الاستلقاء على الظهر وهذا الالم يمتد على طول
القضيب الى الحشفة فيحدث اكلاناً شديداً فى القلفة وعلى الخصوص عند
الاطفال بحيث يلجؤهم الى جذبها وحكها ولذا ان كلا من انتفاخها
الأوذيماوى واستطالة القضيب استطالة غير طبيعية عند الاطفال يعد من
العلامات التشخيصية للحصيات المثانية أو اقله يظن منه بوجودها عندهم
وفى اثناء التبول ينقطع سلسول البول فجاءة بسبب وقوف الحصاة امام
عنق المثانة وسده له فاذا غير المريض وضعه امكن خروج البول واتمام
حركة التبول ثانياً وفى الاحوال التى فيها يكون التبول سهلاً غير مؤلم فى
الابتداء يكون انتهاء حركة التبول مصحوباً بالالام شديدة عادة وهذه الالام

تصطحب بآلام اخرى فى الخصيتين والفخذين والقدمين الكلويين وبانقباض تشنجى فى الاست والى ظواهر انعكاسية عمومية احيانا وجميع هذه الاعراض بل واعراض النزلة المثانية أيضا والبول الدموى الذى يحصل زمنا فزمنا لا تكفى لتأكيد التشخيص فلا ينبغى للطبيب حينئذ الحكم بوجود الحصيات المثانية الا بعد التأكيد من وجودها بواسطة الجس بالقساطير

(المعالجة)

لم يثبت الى وقتنا هذا انه يمكن الوصول الى حل حصيات مثانية عظيمة بواسطة جواهر دوائية باطنية ولو ان الحصول على ذلك طبقا للنظريات الكيماوية لا يمكن انكاره وعلى حسب تركيب الحصيات المثانية قد أوصى باستعمال وسايط علاجية تصير البول قلويا تارة أو تزيد فى حمضيته تارة اخرى فانالة القصد الاول من المعلوم انها سهلة أكثر من الثانى لان الكربونات القلوية والاملاح النباتية القلوية التى تدخل فى الجسم تنقذف مع البول على صفة كربونات قلوية لكن يعسر علينا ازدياد حمض البول واستعمال حمض الجاويك الذى ينفرز مع البول على هيئة حمض فوق بوليك لاجل تحليل الحصوات الفوسفاتية جايز طبقا للنظريات لكن فى الحقيقة لا يمكن استعمال هذا الجوهر استعمالا مستمرا بمقدار عظيم بسبب تاثيره المضر على المسالك الهضمية و يمكن ان يكون لاستعمال حمض الطرطريك أو الليمونيك تأثير جيد فى تحليل الحصيات الفوسفاتية لكن هذه الجواهر وان كانت لطيفة التأثير فى القناة الهضمية الا انه لم يتيسر استعمالها الى الان فى الطب العملى بل المستعمل عادة الكربونات القلوية بدون التفات الى التركيب الكيماوى للحصيات وارسال المرضى الاغنيا الى الينابيع القلوية المعدنية كوشى وكرلوس باد ونحو ذلك فان الينابيع المذكورة وما ماثلها لها شهرة تامة فى معالجة الحصيات البولية ويظهر ان التأثير الجيد للمعالجة بهذه المياه المعدنية القلوية الفاترة ناتج عن التاثير الجيد الذى تحدثه هذه المياه على الالتهاب النزلى للمسالك البولية الذى هو الينبوع الرئس لتكون الحصيات فيها وطبقا النظريات يمكن استعمال الكربونات

القلوية والاملاح النباتيـة القلوية واجب فانهـا تصير البول قلويا وتعين على استحالة الحصوات الاوكساليه والحضية البولية الصلبة الى حصوات فوسفاتية رخوة سهلة التفتت وعلى كل حال ينبغى الانصاه بعدم استعمال معالجة جديدة مؤسسة على النظريات بخلاف المعالجة القديمة المستعملة الى وقتنا هذا ولا نثق باستعمال طرق علاجية جديدة مؤسسة على نظريات غير اكيدة الى ان يتضح الحال وزيادة عن الكربونات القلوية وفوسفات الصود اللذين يعطى من كل منهما نحو ٨ جرام (أعنى درهمين) كل يوم قد استعمل أخيرا كربونات الليثيوم واشتهر هذا الجوهر فى معالجة الحصوات بحيث ان كثيرا من الاطباء اوصى به وما كنا نعتبر هذا الايصاء لو كان من تمكنا فقط الى مجرد التعقلات النظرية وهى ان قوة حل هذه الكربونات للحصوات البولية أعظم من حل بى كربوناتها بقدر ست مرات او ازيد لكن حيث ذكر بعض الاطباء المعتبرين جد التجارب تؤيد منفعة كربونات الليثيوم فى الاكلينك فمن الجائز التمادى على استعماله فى الاحوال اللائقة فيعطى من ذلك كل يوم ٣ مرات من ٥ صنتجرام الى ٢٥ (أعنى من قمحة الى ٥) ومع هذا لا مانع من استعمال شرب ماء ويلدنجير أو فيشى أو كرلوس باد
واما معالجة الالتهابات النزلية المثانية والنزيف المثانى التى تنتج بكثرة عن الحصيات المثانيـة فقد ذكرناها فيما تقدم واما العمليات الجراحية التى تستدعيها الحصيات فهى من خصوصيات فن الجراحة
(تنبيه) المعالجة الطبية المذكورة فى هذا المبحث هى عين ما يستعمل فى معالجة التجمعات الحصوية الكلوية ولعدم التكرار لم يذكر المؤلف فى مبحث الحصوات الكلوية الا معالجة المغص الكلوى نفسه

(فى الامراض العصبية للمثانة)

الحالة العصبية الطبيعية للمثانة وكيفية انقذاف البول لم يزل فيهما بعض امور غير واضحة بالنسبة لعلم الفسيولوجيا فالظاهرة المعلومة مثلا من كون الشخص السليم اذا امر بقذف البول لا يمكنه ذلك اذا كان شخص آخر مشاهدا له وكذا الظاهرة الاخرى وهى كون أغلب الاشخاص عقب نزولهم بغاة من ركوب نحو عربة أو فرس لا يمكنهم قذف البول الا بعد بعض زمن

فكلا هذين الامرين لا يمكن توجيههما توجيها كافيا ومع ذلك يسهل علينا دراسة التغيرات العصبية للمثانة مع الفهم متى قسمناها الى امراض عصبية حسية والى امراض عصبية تحركية وميزنا أمراض الحسية الى التهيج المثانى أى ثوران الحس والى ضعف حساسية المثانة والتحركية الى تشنج المثانة وشللها

(المبحث السابع فى تهيج المثانة العصبى)
(أى ثوران حساسيتها)

ثوران حساسية المثانة يشاهد خصوصا عند الاشخاص المفرطين فى شهوة الجماع خصوصا المنهمكين على الاستمناء باليد (ويعرف بجلد عميرة) فان امتلاء المثانة يحدث عند هؤلاء الاشخاص تطلبا عظيما للتبول فاذا لم يمكن اخراج البول حالا حصل عندهم آلام فى قسم المثانة وعلى طول القضيب والقدرة على حجز البول فى المثانة عند هؤلاء الاشخاص لا تكون مضطربة بحيث لا يكون ثوران الحساسية فى هذه الحالة مرتبطا باضطراب عصبى فى حركة المثانة لكن احيانا يكون ثوران حساسية المثانة مصحوبا بتناقص فى قوة الالياف العضلية المثانية المستطيلة أى القاذفة للبول ولذا تعتقد العوام والحق معهم ان سلسول البول القوى علامة على قوة الشهوات التناسلية والسلسول الضعيف للبول علامة على عكس ذلك ويشاهد ثوران حساسية المثانة بدرجة عظيمة احيانا عند الاشخاص بعد البرد من السيلان المجرى بحيث ان مثل هؤلاء المرضى تمتنع عن اشغالهم بالكلية لعدم قدرتهم على حجز البول مدة زمن ساعة تقريبا وبذلك يصيرون فى حالة يأس عظيم وهذا الشكل من التهيج المثانى وان تضاعف كثيرا بالتهاب نزلى خفيف فى المثانة الان عدم قدرة المثانة على تحمل تنبه محصلها هو العرض الرئيس الكثير الوضوح فى هذا الشكل من النزلة المثانية ولا يشاهد فيه افراز مخاطى غزير مطلقا

وفى الاشكال الخفيفة من تهيج المثانة العصبى التى تشاهد عند الاشخاص المنهمكين على الافراط فى شهوات الجماع وجلد عميرة يوصى عادة زيادة عن تجنب السبب باستعمال الحمامات الباردة فى الانهر والبحار والحمامات

الجلوسية الباردة او التشلشل البارد وأما فى الاشكال الثقيلة لهذا المرض كالتى تعقب السيلانات المجرية فقد شاهدت شفاءها باستعمال بلسم الكوباى بمقدار عظيم بعد استعصائها على المعالجة المنتظمة بالماء البارد وحقن المثانة وغيرهما من الوسائط العلاجية وأما الالام العصبية للمثانة أعنى التنبيه المؤلم فى أعصابها الحاسة الذى لا يكون متعلقا بتهيجات اثرت فى انتهائها الداير ية فليس عندى لها مشاهدات اكيدة

(المبحث الثامن فى ضعف)
(حساسية المثانة)

يوجد اشخاص لها قدرة على تحمل كمية عظيمة من التجمع البولى فى المثانة بدون ان يحسوا بتطلب عظيم للبول ومع ذلك لا تعتبر هذه الحالة حالة مرضية وعكس ذلك يقال فى التبول الليلى فانه ينسب لضعف حس غير تام فى الاعصاب الحساسة للمثانة أو لقلة قابلية تنبيهها وهذه الظاهرة المحزنة التى تكون سببا لتعذيب الاطفال أو لتكدر بعض العايلات فيما اذا كان موجودا فى العايلة طفل كبير مصاب بهذه العاهة تنسب عادة لشلل غير تام فى المثانة ومهما كثرت مشاهدة التبول الليلى لا يرى فيه ان العضلة العاصرة مدة النهار ليست متممة لوظايفها او ان الاطفال تبول نقطة فنقطة أو ان يوجد عندهم ازدحام وسرعة عند التطلب للبول فحينئذ لا يمكن توجيه التبول الليلى الا بكيفيتين اما ان تكون حساسية المثانة التى يحدثها تجمع كمية من البول فيها موجودة الا ان قوتها ليست كافية فى ايقاظ الاطفال من نومها الطبيعى او ان الحساسية المذكورة على حالتها الطبيعية لكن النوم عميق جدا فى الحالة الاخيرة التبول الليلى يشابه فى حصوله الظاهرة المعلومة من كون بعض الاطفال تقع من فراشها بدون ان تستيقظ وأما فى احوال التبول الليلى الذى يشاهد عند المراهقين فن النادر جدا ان يكون ناشئا عن استغراقهم فى النوم ويندر ان التبول الليلى الذى يشاهد على الخصوص عند الاطفال ويستمر غالبا الى سن البلوغ يمتد احيانا الى سن العشرين وينبغى للطبيب معرفة هذا الامر والاخبار به اذ بذلك يمكن تسكين روع المرضى واهلهم الايسين

وفى العادة لا يعطى للاطفال المصابة بالتبول الليلى وقت المساء مشروبات بكثرة ولا اغذية سائلة وتوقظ مدة الليل مرة أو جملة مرار لاجل التبول وهذه الاحتراسات وان كان لا يمكن ذمها فليست ذات منفعة عظيمة جدا لكن الذى نذمه بكثرة هى القساوة التى تعامل بها بعض الاطفال كالضرب ونحو ذلك مالم يكن البول الليلى نتيجة الكسل من القيام من الفراش اذ فى المدارس وغيرها من محلات تربية الاطفال وبيوت الملتقطين كثيرا ما تستعمل القساوة المفزعة فى ذلك بدون فائدة وقصارى الامر نقول ان الخوف من النعاس والسهر كثيرا ما يكونان سبب التبول الليلى لوقوع الطفل بعد السهر فى نوم غزير والاطمئنان فى النوم كثيرا ما يكون مانعا له ولذا نجد ان الاطفال لخوفهم يستيقظون أولا ثم يقعون فى نوم عميق فيكون هذا سببا فى استمرار الداء عندهم واما اذا اطمأنت الاطفال واعطى لهم جوهر دوائى خفيف التأثير جدا وسكن روعهم بذلك فمن الجائز انهم يستيقظون فى الوقت المطلوب ويمتنع حصول هذا العارض عندهم زمنا طويلا أو يزول بالكلية وكثيرا ما بولغ فى جودة جواهر وقيل انها سريعة التأثير ونافعة جدا فى البول الليلى وهذه الاقاويل وان لم يجزم بصدقها لكن من الاكيد ان كلا من تأثيرها ونجاحها ناتج عن الاعتقاد فيها وتسكين روع الاطفال بها لا من تأثيرها الدوائى الخاص ولذا لا ينبغى للطبيب الاهمال فى تسكين روع المرضى المصابين بهذه العاهة وتشجيعهم بزوالها واعطائهم مع ذلك جواهر دوائية غير قوية التأثير وتطميعهم فى نجاحها اذ كثيرا ما يحصل باستعمال هذه الطريقة عند الاطفال خصوصا عند البالغين نجاح وقتى يستمر فيما بعد بحيث تصير المرضى وأهلهم متعجبين من ذلك ويعطى فى مثل هذه الاحوال عادة اما مقادير صغيرة من بى كربونات الصودا ومن الاملاح الحديدية أو خلافهما من الجواهر الخفيفة التأثير أو كما أوصى به فى العصر الاخير المعلم ترسو باعطاء المصاب بذلك قدر سنتجرام واحد او اثنين اعنى من $\frac{1}{5}$ $\frac{1}{3}$ من قمحة من مسحوق البلادونا مع جزء مساوله من خلاصتها واما استعمال الجواهر القوية التأثير كالاستركنين والذراريح وشراب يودور الحديد بكمية عظيمة والحقن بسوائل مهيجة فى المثانة فينبغى تجنبه ومن المهم

اعتبار دلالات علاجية مخصوصة تتخذ من الحالة العامة للمريض

وقد يحصل بعض فائدة عند البالغين المعتريهم البول الليلى من جهاز مدرج فى جرنالات العصر المستجد وهذا الجهاز الصغير يشتمل على قطعة من الجلد او الصمغ المرن حجمها كالفولة وفى وسطها قصة صغيرة يوضع فيها عروة رباط مرن يملا القصة جدا بحيث يعسر تحريك تلك العروة فيدخل فى هذه العروة طرف القلفة المنجذب امام الحشفة ثم تجذب العروة جذبا مناسبا فتنسد فوهة القلفة بحيث يحتبس البول عند التبول الليلى فى باطن القلفة المتمددة فيستيقظ الذى يبول فى فراشه بواسطة توتر القلفة عند اندفاع البول وهذا الجهاز لا يثمر الا عند البالغين الذين لم يختتنوا

(المبحث التاسع)
(فى تشنج المثانة)

كثيرا ما تحصل انقباضات قوية فى عضلات المثانة عقب تأثير مهيجات على سطحها الباطن من وجود أجسام غريبة كالحصيات المثانية كان الانقباضات المذكورة تصاحب أغلب التغيرات العضوية للمثانة لكن حيث جرت العادة بان لا تعد من جملة الامراض العصبية التهيجات المرضية للاعصاب المحركة لعضو ما متى كانت هذه التهيجات ظواهر انعكاسية ناتجة عن تهيج الاعصاب الحسية لهذا العضو بالامراض التى تصيب جوهره فلا نطلق لفظ تشنج مثانى على الانقباضات المرضية لعضلات المثانة التى تسمى بالانقباضات التشنجية العرضية بل نطلقه على التهيجات المرضية للاعصاب المحركة للمثانة غير المتعلقة بتغيرات جوهرية مدركة فى جدر المثانة

وقد ميز الشهير رومبرغ اسباب التشنج المثانى الى مؤثرات دماغية ونخاعية وانعكاسية أما بالنسبة للاولى فلنذكر الامر المعلوم وهو أن حالة تنبيه العظيم السمباتوى وان كانت غير داخلة تحت الارادة الا انها ليست بالكلية غير متعلقة بحالة تنبيه الالياف والعقد العصبية للدماغ الا ترى ان الانفعالات النفسية لها تأثير واضح فى تنبيه الالياف السمباتوية فكما اننا نرى بتأثير

الخوف والفزع حصول انقباضات فى الالياف العضلية للعاند المعروفة بعاند الاوزنرى كذلك انقباضات فى الالياف العضلية المضيقة للمثانة وتطلبا شديدا للبول بتأثير عين الاسباب النفسانية المذكورة وكذا فى أحوال التهيجات الالتهابية للنخاع الشوكى والتغيرات المادية للدماغ قد تحصل انقباضات تشنجية فى الطبقة العضلية المضيقة للمثانة تبعا لرومبرغ وهذه الظاهرة عسرة التوجيه حيث ان الطبقة العضلية للمثانة تنشأ اعصابها من العظيم السمباتوى غير ان هذا الانقباض التشنجى يشابه فى حصوله الانقباضات التشنجية للمثانة عقب الانفعالات النفسية وأكثر ما يحصل التشنج المثانى بطريقة الانعكاس اذ عند الاشخاص الكثيرى الحساسية يحدث تهيج الاعصاب الحساسة لقناة مجرى البول بواسطة القسطرة مثلا انقباضات تشنجية فى العضلات العاصرة المثانية وقد يحصل هذا التشنج فى احوال تهيجات المستقيم لاسيما الرحم وبالجملة ففى أحوال أخرى قد يكون هذا التشنج المثانى من جملة ظواهر مرض عصبى عمومى وتنسب هذه الاحوال لثوران مرضى فى المجموع العصبى المعبر عنه بالاستريا

(الاعراض)

اعراض التشنج المثانى تختلف على حسب كون الطبقة العضلية المضيقة هى المصابة بالتشنج أو العضلة العاصرة لها ففى الحالة الاولى ينشأ عن امتلاء المثانة ولو القليل جدا زحير وتطلب عظيم للتبول فلا يكون للمريض قدرة على حجز البول بانقباض العضلة العاصرة الا بتعب عظيم جدا بحيث ان البول يسيل على الدوام وهذه الحالة تعرف بسلس البول التشنجى واما اذا كانت الالياف العضلية للعضلة العاصرة محلس التشنج فلا يكون للمريض قدرة على قذف البول الا بمجهودات عظيمة جدا نقطة فنقطة أو على هيئة سلسول رفيع جدا وهذه الحالة تعرف بعسر التبول التشنجى وقد يكون انسداد المثانة تاما فيحصل انحصار البول بالكلية وهذه الحالة تعرف بانحباس البول التشنجى واما اذا كان كل من العضلة المضيقة والعاصرة مصابا بالتشنج معا فانه يحصل عند المريض حالة كرب مؤلمة للغاية فمن جهة يوجد عنده زحير بولى مؤلم جدا ومن جهة اخرى لا يكون له قدرة على قذف البول وخروجه

وفى مثل هذه الاحوال يمكن ان تمتد الآفة التشنجية الى اعضاء مجاورة اخرى فيشاهد زحير مستقيمى او اهتزازات فى جميع الجسم أو تشنجات عامة ومن العلامات الواصفة للتشنج المثانى التعاقب بين الفترات الخالية والنوب المؤلمة الشديدة وهذه النوب لا تزيد مدتها عن بعض دقائق غالبا واحيانا تستمر قدر نصف ساعة او أزيد وتعود فى فترات كثيرة الطول أو قليلته وتزول عادة بسرعة كما ظهرت

وحيث ان التشنج المثانى العصبى مرض نادر الحصول وتمييزه عن غيره من أمراض المثانة صعب جدا ينبغى الاحتراس والتأنى فى تشخيصه فلا يحكم بوجود تشنج مثانى عصبى حقيقى إلا بعد البحث الجيد عن البول واعتبار الظواهر المرضية المصاحبة اعتبارا دقيقا يؤكد لنا عدم وجود امراض اخرى مثانية فبعد القسطرة الجيدة والتأكد من عدم وجود اجسام غريبة فى المثانة يجوز تشخيص تشنج المثانة العصبى

وفى معالجة التشنج المثانى العصبى ينبغى اولا اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية ففى بعض احوال مثلا تفعل الوسائط التى يحصل بها شفاء تشقق المستقيم او التى بها تشفى الاحتقانات المزمنة للرحم والتهاباته المزمنة فان هذه هى أقوى الوسائط نفعا فى التشنج المثانى العصبى وفى احوال أخرى يزول هذا المرض متى أمكن تنويع تغذية المريض وازالة التنبه المرضى للمجموع العصبى بواسطة تغير الاحوال المستمر عليها المريض وفى أثناء النوبة يوصى باستعمال الحمامات الفاترة العمومية او الجلوسية والحقن بمنقوع البابونج او حشيشة الهر المضاف اليها جواهر مسكنة انما الاجود من ذلك نفعا استعمال المركبات الافيونية من الباطن وقد أوصى المعلم بيتا فى هذا المرض باستعمال المجسات الشمعية الرخوة وادخالها فى المثانة مع الاحتراس العظيم

(المبحث العاشر)

(فى شلل المثانة)

شلل المثانة اما ان يكون مصيبا العضلة العاصرة المثانية او المضيقة لها أو لكليهما معا ومن المعلوم ان انقباضات العضلة المضيقة للمثانة ليست

متعلقة بالارادة بل حصولها يكون بطريقة الانعكاس بواسطة التهيج الواقع من البول على جدر المثانة المجتمع فيها واما انقباضات العضلة العاصرة فهى بعكس ذلك تحت الارادة وتوتر العضلة العاصرة الطبيعى يكفى عند وصول امتلاء المثانة لدرجة معلومة فى مقاومة انقباضات العضلة المضيقة للمثانة التى تحدث ضغطا مستمرا على متحصلها وتجتهد فى فتح عنقها فمتى جاوز امتلاء المثانة الدرجة المذكورة وصار قويا انقهر التوتر الطبيعى للعضلة العاصرة وحينئذ لا بد وأن يحصل فيها انقباضات ارادية ان لزم الحال لحجز البول ومن هذه الاعتبارات الفسيولوجية تتضح نوعا اسباب الشلل المثانى فمن ذلك يتضح ابتداء بسهولة ان الامراض العضوية للدماغ والاضطراب العام فى الامراض الحمية الثقيلة التى فيها وظائف الدماغ تكون منحطة انحطاطا عظيما يكون شلل العضلة العاصرة للمثانة من الظواهر الكثيرة الحصول فى هذه الامراض وأما شلل العضلة المضيقة للمثانة فنادر الحصول فيها فيشاهد عدد عظيم من المرضى المصابين بالسكتة الدماغية وبالحميات التيفودية يبلون فراشهم أكثر من الذين يلجئ الحال عندهم للقسطرة ثم متى امتد الشلل من المجموع الدماغى النخاعى الى العظيم المجباتوى وحصل ايضا شلل عظيم فى الحركة غير الارادية وتعذر الازدراد وانتفخ البطن انتفاخا طبليا بسبب شلل الطبقة العضلية المعوية اشترك العضل المضيق للمثانة فى الشلل ايضا معها وحينئذ يصل تمدد المثانة الى أعلى العانة ومما يعين ايضا على سلس البول فى الاحوال المرضية المذكورة هو ان كلا من امتلاء المثانة وسلس البول كغيرهما من التنبهات الدائرية لاعضاء اخرى لا يصل الى القوة المدركة وكذا لا يحصل الفعل الارادى الذى ينتج عنه انقباضات فى العضلة العاصرة وسد المثانة وبالجملة لا ننكر انه فى بعض الاحوال النادرة من السكتة الدماغية والتيفوس ونحو ذلك قد يحصل قبل الشلل العمومى شلل فى العضلة المضيقة للمثانة بدون ان يمكننا توجيه هذه الظاهرة وكذا فى أمراض النخاع الشوكى طبقا للمعلومات الفسيولوجية التى ذكرناها يشاهد شلل العضلة العاصرة للمثانة بكثرة جدا عن شلل العضلة المضيقة فلذا نرى ان أغلب المرضى المصابين بشلل النصف السفلى يحصل

عندهم سلس البول بسبب انقطاع تواصل السيال العصبي الى النخاع
الشوكى ولذا تلتجئ لاستعمال اوانى لاستقبال البول لعدم بلله م دائما
ويندر ان يحتاج الحال لقسطرة عند مثل هؤلاء المرضى بسبب ندرة شلل
العضلة المضيقة للمثانة ومع ذلك قد يكون الاخير هو الواقع وذلك على حسب
مجلس الاصابة فان العقد العصبية النخاعية يظهر انها هى واسطة توصيل
التنبيه من الاعصاب الحساسة المثانية الى أعصاب هذا العضو المحركة
فمن الجائز انه اذا كان جزء النخاع الشوكى المنفسد هو الذى فيه يتم هذا
التوصيل يحصل شلل فى العضلة المضيقة للمثانة وينعكس ذلك اذا كانت
اصابة النخاع الشوكى اعلى هذا الجزء فانتقال التنبيه وتوصيله من الدماغ
الى العضلة العاصرة ولو انه يكون منقطعا الان توصيل التنبيه من الاعصاب
الحساسة المثانية الى الاعصاب المحركة للعضلة المضيقة للمثانة لم يزل مستمرا
وقد تحقق لى هذا الاستنتاج الفسيولوجى جيدا فى عدد عظيم من
الاحوال التى شاهدتها فى الزمن الاخير وقارنتها مع بعضها من هذه الحيثية
وزيادة عن اشكال هذا الشلل المثانى المركزى اى الذى سببه فى المراكز
العصبية توجد اشكال اخرى تسمى بالشلل المثانى الدائرى اى التى فيها
انتهاآت الاعصاب تكون مكابدة لتغيرات مرضية وتفقد قابلية التنبيه الا انه
لا يمكننا اثبات صفة التغير التشريحى الذى تكابده الانتهاآت العصبية
المذكورة وبالجملة يعتبر من هذا القبيل شلل المثانة العضلى الناشئ عن
تغيرات جوهرية فى الالياف العضلية والفريعات العصبية الانتهائية
المتوزعة فيها والاسباب الغالبة لهذا الشكل من الشلل المثانى هى
التوترات الشديدة للعضل المثانى واشتراكه مع الغشاء المخاطى فى الاصابة
المرضية ومن الجائز ان التمدد المفرط للمثانة الذى ينتج عنه عائق فى استفراغ
البول عند الاشخاص الممتنعين حياء من استفراغ المثانة زمنا طويلا
يمكن ان ينتج عنه شلل مستمر فيها وكذا الالتهاب المثانى النزلى يمكن
ان يؤدى الى حصول الشلل المثانى خصوصا عند الشيوخ وذلك بامتداد
الالتهاب الى الطبقة العضلية المثانية

(الاعراض)

اعراض الشلل المثانى تختلف بحسب مجلسه فمتى كان الشلل قاصرا على العضلة العاصرة وكان تاما سال البول سيلانا غير ارادى اذا وصل امتلاء المثانة لدرجة لا يكفى فيها التوتر الطبيعى للعضلة العاصرة فى حفظ عنق المثانة منغلقا واما ان كان شلل العضلة العاصرة غير تام فانه وان أمكن المرضى مقاومة التطلب للتبول متى ابتدأت المثانة فى الامتلاء بعض زمن لكنهم يلتجؤن للسرعة والوصول لمحل التبول لانه اذا استطالت المدة واشتد التطلب للتبول لا تتمم العضلة العاصرة وظيفتها فلا يمكن حجز البول حجزا اراديا وهذا الشلل الغير التام للعضلة العاصرة المثانية يصاحب الشلل غير التام للاطراف السفلى فى امراض النخاع الشوكى مصاحبة كثيرة الحصول وينسب لانقطاع غير تام فى توصيل السيال العصبى فى النخاع الشوكى

وفى شلل العضلة المضيقة للمثانة قوة التوتر الطبيعى للعضلة العاصرة لا تنقهر عند وصول درجة امتلاء المثانة الى الحالة التى تنقهر فيها عادة عقب انقباض العضلة المضيقة للمثانة فتتمدد المثانة اذا لم تستفرغ استفراغا صناعيا تمددا زائدا عن الحد وعند توتر جدر المثانة توترا عظيما أو بفعل العضلات البطنية (ان لم تكن مصابة بشلل أيضا) ينقذف جزء من البول المحتوية عليه المثانة وان كانت الحالة المرضية قاصرة بالكلية على العضلة المضيقة للمثانة فيمكن للمريض حجز البول زمنا طويلا وتقطعه بالارادة واما اذا كان شلل العضلة المضيقة للمثانة غير تام فلا يصل تمدد المثانة الى درجة عظيمة كما فى الحالة السابقة لكن عند استفراغ البول تجتهد المرضى فى مساعدة العضلة المضيقة للمثانة بتقلص عضلات البطن بحيث انه وقت خروج البول كثيرا ما تخرج منهم غازات معوية ومهما كانت المجهودات العضلية فان البول لا يخرج فى مثل هذه الاحوال على هيئة قوس قوى بل يخرج نقطا تسقط سقوطا عموديا بين الفخذين وهذا الشلل غير التام فى العضلة المضيقة للمثانة يوجد خصوصا عند الاشخاص المنهوكين والمفرطين من الشهوات التناسلية وفى المرضى الذين يوجد عندهم فى آن

واحد شلل فى العضلة العاصرة والمضيقة المثانيتين توجد المثانة على الدوام فى حالة تمدد عظيم فان قوة التوتر الطبيعية للعضلة العاصرة يتأخر انقهارها عن الحالة الطبيعية لكن عند ازدياد امتلاء المثانة ووصوله لدرجة عظيمة تسيل الكمية الزائدة من البول لكن المرضى لا يمكنهم منع هذا السيلان ولا انقطاعه بالارادة وفى العاصرة لاتحس المرضى بامتلاء المثانة ولا تطلب الاسعاف الطبى الا بسبب السلس المستمر وتبقى عندما يخرج الطبيب بالقسطرة من مثانتهم كمية عظيمة جدا من البول

(المعالجة)

فى معالجة الشلل المثانى لا يمكننا فى الغالب اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية خصوصا فى أشكال الشلل المثانى الناتج عن امراض فى الدماغ أو فى النخاع الشوكى وأما الشلل المثانى الناشئ عن تمدد مفرط فى المثانة فانه يستدعى وضع القساطير وضعا متكررا وذلك لاجل منع ازدياد تمدد المثانة الذى يزيد فى الشلل من جهة ومن جهة أخرى لاجل احداث تنبه فى العضلة المضيقة للمثانة وتقويتها بانقباضات قوية وقد أوصى المعلم يسا فى الشلل المثانى غير التام بوضع مجس مصمت من الشمع بدلا عن القساطير وادخاله لعنق المثانة لان القساطير لا تلجئ الطبقة العضلية المثانية لفعل مجهودات وانقباضات عضلية وبذلك يعين على استرخائها وتقدم الشلل فيها وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال التبريد إما على شكل غسلات أوحمامات أو تشاشل أو حقن باردة فان لم تنجع هذه المعالجة وكان ينبوع الشلل المثانى دائريا أوجب استعمال الحقن بالماء فى المثانة ويكون فى الابتداء فاترا ثم بارداشيأ فشيأ الى درجة ٢٠ روميز وقد استعمل بعضهم التيار الكهربائى والاستريكنين لكن لم يتيسر لنا ذكر حالة شفيت شفاء تاما بهاتين الواسطتين وعلى حسب كون ينبوع الشلل مركزيا أو دائريا يسلط التيار الكهربائى اما على القفا أو الفقرات القطنية أو عليهما وعلى القسم الخثلى والظاهر ان الجويدار ولا سيما الحقن تحت الجلد بمحلول الجوادرين له تأثير جيد فى شلل المثانة البسيط أحيانا

الفصل الرابع

فى امراض قناة مجرى البول

لا نتعرض هنا لجميع الامراض التى تشرح شرحا جيدا فى كتب الجراحة بل نقتصر على الالتهابات المجرية

(المبحث الاول فى الالتهاب النزلى المجرى الزهرى)
(للرجال المعروف بالسيلان المجرى التسممى)
(وعند العوام بالزنقة)

(كيفية الظهور والاسباب)

فى السيلان المجرى الزهرى لا يكابد الغشاء المخاطى تغيرات نوعية فان التغيرات التى تشاهد فيه هى عين التغيرات التى تشاهد فى أغشية مخاطية أخرى الناتجة عن المؤثرات المرضية المختلفة وتعرف بالالتهابات النزلية أو بالسيلانات ومع ذلك فالسيلان المجرى الزهرى مرض نوعى فانه يختلف عن باقى الالتهابات البسيطة للغشا المخاطى المجرى وعن الالتهابات النزلية التى تحصل فى الاغشية المخاطية الاخرى بسيره ولا سيما بالنسبة لسببه فانه لا ينشأ الا عن العدوى ولو زعم بعض المؤلفين بضد ذلك وأنكره كثير من المرضى حياء منهم والجوهر المعدى اعنى السم السيلانى وان كانت طبيعته غير معروفة لنا كسم الجدرى وغيره من الجواهر المسممة للجسم الا انه من المعلوم لنا ان تلك الجواهر ذات تأثير نوعى على الجسم به يحدث السيلان المجرى التسممى فقط لا غيره من الامراض سيما وانه لا ينتج عنه مطلقا قروح زهرية لا رخوة ولا يابسة والآراء الطبية لم تزل مختلفة من حيثية كون السيلان المجرى يعقب بعوارض تابعية واصابة مرضية عمومية فى الجسم أولا لكن المتفق عليه الآن حتى من الاطبا الذين يزعمون بحصول تغيرات مرضية انتقالية سيلانية واصابات بنيية عمومية سيلانية ان تلك الامراض التابعية مخالفة بالكلية للاصابات التابعية للتسمم الزهرى وليس لها أدنى مشابهة بالاصابات الزهرية البنيية ثم ان الجوهر المعدى السيلانى أصل ثابت والحامل له هو افراز الغشاء المخاطى

المريض وملامسة هذا الافراز المتحمل بالسم السيلانى لغشاء مخاطى تؤدى ولا بد لانتقال المرض من شخص الى آخر أو من غشاء مخاطى لاحد الاعضاء الى الغشاء المخاطى لعضو آخر ثم انه يوجد بين تأثير الجوهر المعدى وظهور المرض زمن فاصل يسمى بدور التفريخ ومدة دور التفريخ للسيلان المجرى تكون من ثلاثة أيام الى ثمانية وكون هذا الداء يظهر فى ظرف ٢٤ ساعة عقب الجماع الدنس أو يتأخر بعده بنحو ثلاثة اسابيع أو اربع فهذا ان حصل كما قاله سمون يعد ولا بد من النادر جدا وان كان الطبيب سهل الانقياد فى الاعتقادات ترد عليه احوال فيها زمن التفريخ اطول مما ذكر وكل طبيب مباشر لمعالجة كثير من الاشخاص المصابين بالسيلان المجرى أو بالداء الزهرى سيما ذوى الاعتبار يظهر له ان كل مريض يميل للاعتراف بالفسق الذى وقع منه قبل ستة اسابيع او ثمانية ولا يكاد يعترف بما وقع منه من قبل بعض ايام فكلما كان عنده سبب فى الحياء كلما مال الى تبعيد عهد التاريخ ولا يعتمد على اقرار المتزوجين بهذه المثابة وتأكيدهم بانهم كما اعترفوا بحصول الفسق قبل ستة أسابيع كان يمكنهم الاعتراف بحصوله قبل ثمانية أيام

ولا يشترط حصول العدوى عند ملامسة الغشاء المخاطى لعضو ما من الاعضاء للسم السيلانى كل مرة بل يختلف الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الاشخاص المختلفة فقد دلت التجارب اليومية على انه قد يتفق ان شخصين يجامعان امرأة واحدة مصابة بالسيلان الابيض الزهرى ولا يصاب منهما الا شخص واحد ويبقى الثانى سليما لكن لا نعلم الاسباب البنيية الموجبة لازدياد الاستعداد بالعدوى بالسم السيلانى او نقصه فان كلا من التهيج الباهى قويا او ضعيفا ومدة الجماع والاستفراغ المنوى التام وغيره والتعود على ملامسة الاشخاص الملوثة المصابة وعدمه لا يحسن توجيها كافيا فى هذا الاختلاف ولا حاجة لذكر نظريات غيرا كيدة فى توجيه ما ذكر حتى انا لا نعلم لماذا ان بعض الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطى المجرى والتناسلى عند النساء والملتحمى والمستقيمى يكون مستعدا للاصابة بهذا السيلان القيحى دون غيره من الاغشية المخاطية التى تكون

مصونة عن الاصابة به بل الاجزاء المختلفة لغشاء مخاطى واحد تختلف فى الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان الافراز المسم وان أثر فى فوهة القناة المجرية يظهر السيلان الزهرى ابتداء فى الحفرة الزورقية ويتضح فيها

(الصفات التشريحية)

لم يتيسر فعل صفات تشريحية عند المصابين بالسيلان الا بندرة فقد استقر تغيب الحال زمنا طويلا قبل التحقق من ان مجلس السيلان المجرى فى قناة مجرى البول وفى أحوال السيلان المجرى الحاد يوجد الغشاء المخاطى محتقنا محمرا منتفخا ومغطى بافراز مخاطى صديدى وجميع هذه التغيرات تكون قاصرة فى الاسبوع الاول والثانى على الجزء المقدم من قناة مجرى البول عادة ولاسيما فى الحفرة الزورقية الكثيرة الغدد ثم فيما بعد تمتد هذه التغيرات من الصقر المذكور الى الجزء الغشائى ثم الى الجزء البروستتى لمجرى البول وفى احوال السيلان المجرى الشديد جدا ينضم احيانا الى التهاب الغشاء المخاطى التهابات وارتشاحات فى الاجسام المجوفة وبذلك يحصل ضيق فى قناة مجرى البول من جهة ومن جهة اخرى يتعذر الانتفاخ اى التمدد المنتظم للقضيب عند انتصابه واندر من ذلك حصولا ان تتكون فى السيلانات المجرية الشديدة خراجات فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى اوالتهابات وتقيحات فى البروستة وكذا الاوعية الليمفاوية للقضيب قد تشترك فى الالتهاب ولذا لا يندر ان تنتفخ العقد الاوربية انتفاخا تابعيا فى السيلان المجرى ولكن تقيحها فى مثل هذه الاحوال يعد من النوادر العظيمة

ومن المضاعفات الكثيرة الحصول للسيلان المجرى التهاب البربخ والالتهاب المثانى النزلى لكن كل من هاتين المضاعفتين لا يظهر عادة الا بعد مضى أسبوع او اسبوعين أى فى الزمن الذى فيه يمتد الالتهاب الى الجزء البروستتى ويحصل حينئذ امتداد الالتهاب الى القنوات الناقلة وعنق المثانة

وفى السيلان المجرى المزمن يوجد الغشاء المخاطى المجرى منتفخا وفيه

تحببات مطرية والاجربة المخاطية تكون عظيمة والافراز بالاكثر يكون مخاطيا ويوجد فى كثير من الاحوال ضخامة فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى اما قاصرة على بعض الاصفار أو فى امتداد عظيم فيكون المنسوج الخلوى اذ ذاك متكاثفا وملتصقا بالغشاء المخاطى المجرى التصاقا شديدا وهذه التغيرات هى السبب الرئيس لاكثر التضايقات المجرية

(الاعراض والسير)

يبتدى السيلان المجرى باحساس باكلان غير مؤلم فى فوهة مجرى البول و يصطحب بافراز قليل من مادة مخاطية شفافة وفوهة القناة المجرية تظهر حينئذ محمرة احمرارا خفيفا وحافتها ملتصقة ببعضها عادة بسبب جفاف الافراز المخاطى الذى يتكون منه قشرة رقيقة تغطى طرف الفوهة المجرية ثم يحصل للمرضى ازدياد فى تطلب التبول بل وكثيرا ما يحصل لهم قذف منوى ليلى وانعاظ متكرر مدة النهار يجبر الشبان الى العود للجماع ثم بعد يوم أو جملة أيام يحل محل الاحساس بالاكلان فى قناة مجرى البول آلام محرقة تمتد من فوهة مجرى البول الى الحفرة الزورقية وهذه الآلام تشتد وتنتقل لدرجة عظيمة عند التبول وكذا التطلب للبول يزيد عن الابتداء بحيث لا يخرج وقت التبول الا نقط قليلة مصحوبة بآلام غير مطاقة والافراز المخاطى الشفاف الذى يكون فى الابتداء قليلا يغزر شيأ فشيأ و يصير كثيفا قيحيا بحيث يحدث عنه بقع مصفرة فيها بعض صلابة فى ملابس المريض وشفتا الفوهة المجرية تكونان محمرتين منتفختين والقضيب كله سيما الحشفة يكون منتفخا انتفاخا متفاوتا وقناة مجرى البول يظهر فيها الام شديدة عند الضغط على مسيرها وكذا القلفة تكون متهيجة متسلخة ومنتفخة انتفاخا اوذيماويا بسبب سيلان الافراز المرضى عليها وامتداد التهيج الالتهابى اليها بحيث ينضم الى افراز السيلان المجرى افراز السيلان القلفى وان كانت الفوهة القلفية المقدمة ضيقة حصل عند المريض ما يسمى بالفيموزس أى الاختناق المقدم وان زحزح المريض القلفة خلف الحشفة بغير احتراس تكون عن ذلك ما يسمى بالبارافيموزس أى الاختناق الخلفى والانعاظ يكون فى هذا الدور أكثر حصولا منه فى ابتداء المرض لكن تمدد القناة المجرية

الملتهبة وتوترها الذى تكابده مدة الانعاظ يحدث عنهما الام شديدة جدا غير مطاقة بها تصير المرضى فى حالة قلق شديد مدة الليل ومجموع هذه الاعراض يأخذ فى الازدياد مدة ثمانية أيام الى أربعة عشر ومتى وصلت الى اعلى درجة يحصل فيها تناقص تدريجى فى أغلب الاحوال فتتناقص الآلام شيأ فشيأ عند التبول وكذا يتناقص احمرار الفوهة المجرية وانتفاخها ويصير الانعاظ نادرا وأقل ألما لكن فى هذا الدور يزداد الافراز الصديدى ولذا تعتبر العامة هذا العرض جيدا ويزعمون انه ينبغى تجرية السيلان المجرى لكى بذلك تتناقص مكابدات المريض

وبعد مضى ثمانية أيام اوأربعة عشر يتناقص الافراز الصديدى شيأ فشيأ ثم يكتسب هيئة الافراز المخاطى ثم يزول بالكلية فى الاسبوع الخامس أو السادس بدون ان يكون للصناعة مدخلية فى ذلك كما أثبتته التجارب الاميوباتية وأكثر من ذلك حصولا استمرار الافراز المخاطى القليل الكمية مدة مستطيلة من الزمن اعنى جملة اشهر او سنوات فيشاهد التصاق فوهة قناة مجرى البول مدة النهار سيما اذا مضت مدة مستطيلة من الزمن بين كل استفراغ بولى وفى الصباح اى عندما يقوم المريض من فراشه يخرج من فوهة المجرى البولية التى كانت ملتصقة نقطة عظيمة من الافراز المجتمع مدة الليل والبقع الجافة التى تتكون من هذا الافراز المزمن فى ملابس المريض تكون ذات لون سنجابى مصفر من الوسط وهذا السيلان المزمن يعرف بالسيلان المجرى التابعى وبالنقطة العسكرية ومتى تعرضت المرضى لسبب من الاسباب المضرة مدة وجود هذا الافراز المزمن يحصل ارتداد فى السيلان المجرى ثانيا فيزداد الافراز جدا او يصير صديديا واما الآلام فلا تعود عادة وأكثر ما تحصل هذه الارتدادات المذكورة من الافراط فى الجماع أو من الافراط من تعاطى المشروبات الروحية وقد تحصل هذه النتيجة أيضا من تأثير البرد والتعب الجسمى الشديد

ثم ان اعراض السيلان المجرى وسيره قد يظهر فيها اختلافات متعددة وهذا بالنسبة لاختلاف شدة الظواهر الالتهابية ومدتها ودرجة الآلام والاحمرار والانتفاخ ولذا ميز بعض الاطباء السيلان المجرى بجملة اشكال وعد منها السيلان

المجرى الحرى والالتهابى والتهيجى والضعفى لكن لاحاجة لهذا التمييز فى الطب العملى انما المعتاد ان تكون الظواهر الالتهابية لهذا المرض فى المرة الاولى اشد منه فى المرة الثانية والثالثة وهلم جرا ومع ذلك فلهذه القاعدة بعض استثناآت وفى السيلان المجرى الشديد جدا أى المصحوب باحتقان شديد فى الغشاء المخاطى المجرى لا يندر حصول تمزق بعض الاوعية الشعرية وبذلك يكتسب السيلان لونا أحمر أو مسمرا وهذا النزيف وان كان لاخطر له الاان السيلان المجرى الدموى الزهرى المعروف بالاسود والموسكوبى ذو شهرة مخوفة لدى العامة وهنالك عرض آخر مهم فيه يحصل انحناء وتقوس فى القضيب مدة الانتصاب ويسمى بالسيلان الوترى وهذا الانحناء يحصل من فقد قابلية التمدد لبعض اجزاء الاجسام المجوفة الملتهبة فلا تنتفخ كالعادة مدة انتصاب القضيب وهذا العارض مؤلم للغاية وقد يحصل نوع ضمور مستمر فى الجزء الملتهب من الجسم المجوف بحيث يأخذ القضيب تبعا لذلك اتجاها معيبا أولا ينتصب متى ضمر الجسم المجوف فى هذا الصفر فى جميع قطره الا من جذره الى هذا الصفر وهنالك عرض آخر يحصل مدة سير السيلان وهو تكون خراجات صغيرة فى محيط قناة مجرى البول والوصف الخاص لهذه الخراجات وجود آلام وانتفاخ فى أصفار محدودة على سير قناة مجرى البول وسير هذه الخراجات يكون على العموم حميدا سواء انفتحت جهة الظاهر او الباطن وأكثر خطرا من العارض الذى تقدم ذكره التهاب البروستة وتقيحها لكن هذه المضاعفة نادرة الحصول واحتقان البروستة فى السيلان المجرى يعلم من الاحساس المؤلم الضاغط فى العجان الذى تشتكى به المرضى غالبا ومن انتفاخ هذه الغدة وتيبسها اللذين يشاهدان خصوصا عند الشيوخ الذين تكررت اصابتهم بالسيلان المجرى زمن شبوبيتهم ومتى صارت البروستة مجلسا لالتهاب شديد حصل للمريض آلام غير مطاقة جاذبة أو ضاغطة أو نابضة فى العجان تمتد الى المستقيم والمثانة وترتقى عند التبول او التبرز الى درجة عظيمة ويحس عند الجس من العجان أو من المستقيم بورم عظيم الجحم أو قليله ويزداد عسر البول شيأ فشيأ بل قد يحصل احتباس البول بالكلية ومتى انتهى التهاب

البروستة بالتقيح تكونت خراجات تنفتح اما في الباطن او الظاهر وينتج عن ذلك ظواهر ثقيلة متنوعة موضحة في كتب الجراحة وقد يصطحب السيلان المجرى مدة سيره بالتهاب الاوعية او العقد اللينفاوية فينتج عن ذلك اورام التهابية في العقد الاينفاوية للاربية تعرف بالدبيلات أي الخيرجلات السيلانية وهي تنتهي عادة بالتحليل ولندرة تقيحها متى حصل يكون هناك اشتباه في حالة المريض ويغلب على ظن الطبيب الحكم بان هناك خيرجلا زهريا لا سيلانيا وبالجملة فيعد من جملة المضاعفات الكثيرة الحصول جدا للسيلان المجرى التهاب الخصية السيلاني وهذه المضاعفة تحصل بدون شك من سير الالتهاب وامتداده من قناة مجرى البول الى الحويصلات المنوية ثم الى القنوات الناقلة وفي العادة تظهر الآلام ابتداء في الحبل المنوي بحيث تشتكي المرضى باحساس ثقيل في الخصيتين ثم تزداد الآلام بسرعة فيصير البربخ الذي هو المجلس الرئيس للالتهاب شديد الحساسية جدا عند اللمس وينضم الى الانتفاخ اليابس غير المنتظم المتكون من البربخ الملتهب نضح حاد في الطبقة الغمدية وبهذا السبب تكتسب الخصية في أيام قلايل عظم حجم بيضة الاوز أو قبضة اليد وزيادة على ذلك فالخصية المنتفخة تعسر حركتها بسبب فقد مرونة الحبل المنوي الذي يكون منتفخا يابسا وكلما كان النضح الالتهابي في الطبقة الغمدية عظيما كان الالم مركزا في الصفن الموضوع فيه البربخ وهذا الالتهاب ينتهي عادة بالتحليل لكن يكاد ان يبقى على الدوام بعض تيبس خفيف مدة الحياة في البربخ فيكون ينبوعا لافكار مالنخولية عند بعض المرضى واحيانا يزداد الالتهاب الخصي السيلاني مرة أو جملة مرار سيما عند الاشخاص المصابين بالقيلة الدوالية ويكاد ان يفقد السيلان المجرى مدة الالتهاب الخصي كما انه يكاد ان يعود دائما عقب زوال هذا الالتهاب ويندر جدا ان ينتهي هذا الالتهاب بالتقيح او بالاستحالة الدرنية للخصيتين او تيبسهما

وقد عبر عن الانتقالات السيلانية زمنا طويلا بالاحوال المرضية المتنوعة التي تحصل عند شخص مصاب بالسيلان المجرى وفي أغلب الاحوال لا يمكن اثبات الارتباط السببي بين هذه الامراض والسيلان المجرى ولذا

لا يجوز ان يطلق لفظ الانتقالات السيلانية الا على الرمد السيلانى والالتهابات المفصلية الروماتزمية السيلانية والنقرسية السيلانية فالاول يكون نتيجة انتقال السم السيلانى الى الملتحمة بلا واسطة ويعد من النتايج المهولة للسيلان المجرى فقد شاهدت رجلا متزوجا مصابا بالسيلان وامتنع بالكلية من جماع امرأته لكن أعداها هى وابنه برمد سيلانى فاعماهما وأما الالتهابات المفصلية المذكورة فبينها وبين السيلان المجرى ارتباط سببى يحكم به من وجوه منها ظهورها عند أشخاص لم تتعرض لاسباب مرضية اخرى مدركة ومنها انها تحصل أيضا لاشخاص لم تصب من قبل بالتهابات من هذا القبيل وتبقى مصونة منها فيما بعد وبالجملة ان تلك الالتهابات المفصلية تزداد احيانا فى كل مرة عندما يصاب المريض بالسيلان ثانيا وتزول متى زال وليس للالتهابات المذكورة على سير السيلان المجرى ادنى تأثير كما انها لا تكون ذات أوصاف مخصوصة بالنسبة للتغيرات التشريحية فى المفاصل المصابة وسير الالتهاب وانتهايه وأكثر المفاصل اصابة فى السيلان المجرى مفصل الركبة واندر من ذلك مفصل القدم والمفصل الفخذى الحرقفى واما مفاصل الاطراف العليا فلا تصاب مطلقا

(المعالجة)

معالجة السيلان المجرى تنقسم الى واقية وشفائية اما المعالجة الواقية فاجود ما يوصى فيها تجنب اسباب العدوى وحينئذ لا حاجة لذكر نصايح للفسقة الذين يريدون الفسق بدون مضرة

وذكر الوسائط المتعددة المستعملة ظنا بانها تقى من هذا المرض كاستعمال الاكياس الرقيقة جدا وقت الجماع وغسل القضيب ونحو ذلك اذ لا ثمرة فيها غالبا وأما المعالجة الشفائية لهذا الداء فتشتمل على استعمال وسايط وطرق متعددة لكننا نقتصر هنا على ذكر الوسايط النافعة الموصى بها بكثرة فنقول

ما السيلان المجرى الحاد الذى فيه لا تكون الظواهر الالتهابية قد ارتقت لدرجة شديدة جدا فان نجاحه فى المعالجة سهل لانه فى غالب الاحوال يمكن

شفاؤه شفاء تاما فى قليل من الايام ولاجل الحصول على معالجة عدد عظيم
من الاحوال الحديثة لهذا الداء التى لايشاهد منها الا القليل عادة ينبغى
اخبار جميع المصابين بالسيلان وايقاظهم بان شدة هذا المرض وامتداده
يزداد كل منهما فى كل يوم من ابتداء هذا المرض وان تأخير علاجه من يوم
لآخر يصير انذاره اكثر ثقلا ومثل ما ذكر من النصايح من الاطبا المشتغلين
بمعالجة الشبان المستعدين بنوع معيشتهم للسيلان يترتب عليه منفعة عظيمة
ولا يكاد يظن التفوه من امثال هؤلاء بفسقهم ومايترتب عليه بدون احتشام
ووجود معلومات عظيمة من هذه الحيثية عند العوام وانه يستفاد منهم امور
كثيرة ففى بلدة (همبورغ) مثلا يجتمع عدد عظيم من الكتبة الاغراب
المستخدمين فى بيوت التجارة عند تقلب كل فصل فى الاوقندات ويخبرون
بعضهم مع الاستفهام بقولهم من الذى حصل له نكسة فى السيلان ومن الذى
بقى مصونا عنها وماهو الحقن الاجود فى السيلان ونحو ذلك وقد استعملت
هناك مدة قليلة من الزمن فى السيلانات الحديثة التى لم تكتسب فيها الآلام
شدة عظيمة الحقن بمحلول التنين وتحصلت من هذه المعالجة على نتايج عظيمة
عندما ازداد عدد المرضى الواردين لى بالسيلانات الحديثة وكنت أوصى
بثلاث أوراق من مسحوق التنين كل ورقة تحتوى على ٣ جرام أعنى نصف
درهم يحل فى نصف رطل من النبيذ الاحمر ويحقن به واذا لم يثمر الحقن بهذا
السايل أو كان غير كاف كنت أضع الورقتين الاخرتين فى الكمية بعينها من
هذا النبيذ ويحقن بذلك المحلول المركز فتحصلت من ذلك على نجاح عظيم
ولاجل نجاح الحقن ينبغى اجراؤه مرة أو أكثر بيد الطبيب أو بمساعد
مستعد فان أهمل فى ذلك حصل غالبا عدم وصول السائل الى القناة المجرية
فانه اما ان يحقن به أسفل القلفة أو يسيل الى الخارج بعد ادخال المحقنة
الصغيرة ومحقنة السيلان ينبغى ان تكون صغيرة بحيث لاتسع من السايل
الا بقدر ماتقبله القناة المجرية (اعنى من ٥ جرام الى ٧) وحينئذ لاحاجة
للضغط على قناة مجرى البول من الخلف والاوفق الحصول على المحاقن
الموافقة من أحد صناع الآلات الجراحية مع تسميتها باسم خاص غير مخجل
فان هناك مرضى تخجل من طلبها باسمها المعلوم ويرغبون فى شرائها باسم

محقنة الجروح أو الاذن وقد تيسر لى شفاء عدد عظيم من السيلانات الزهرية الحديثة فى ظرف يومين أو ثلاثة وأيضا ان لم يكن المرض حديثا بالكلية بدون ظواهر التهابية شديدة قد استعملت الحقن بالتنين وتحصلت منه على نجاح عظيم فى غالب الاحوال لكن لا بسرعة كالاولى وليس قصدى ان انسب للتنين خواص يفضل بها عن غيره وانما هو الذى أ كثرت من استعماله زيادة عن الحجر الجهنمى وزاج الخارصين وملح الرصاص وغيرها من الجواهر القابضة وأما استعمال محلول نترات الفضة المركز جدا أى المأخوذ من ١٠ الى ١٥ قمحة فى أوقية من الماء المقطر الموصى به لاجل قطع سير السيلان المجرى دفعة واحدة فينبغى تجنبه فانه لا يفضل فى المنفعة عن المحلولات القابضة السابق ذكرها وزيادة عن ذلك فكثيرا ما يعقب بعوارض التهابية شديدة خطرة وفى الاحوال التى تكون فيها الاعراض الالتهابية شديدة ينبغى تأخير الحقن الى ان تنحط الاعراض المذكورة وتتلطف وحينئذ يؤمر المريض مع الراحة فى الفراش باستعمال تدبير غذائى لطيف وبعض المسهلات اللطيفة او القوية كالزيبق الحلو مع الجلبة وأما استعمال مستحلب اللوز المستعمل عادة فانه زيادة عن عدم منفعته نفعا خاصا يجعل المرضى عرضة لكشف سرهم واما الاستفراغات الدموية فلا يحتاج لاستعمالها غالبا الا عند وجود الام شديدة جدا فى قناة مجرى البول تزداد ازديادا عظيما جدا عند الضغط على مسيرها وحينئذ يرسل على العجان من ١٠ علقات الى ١٥ وأما استعمال التبريد بواسطة الرفائد الباردة أو بالحمامات الجلوسية الباردة فلها نجاح عظيم فى مثل هذه الاحوال الا انه يجب الاستمرار على المكث فى الحمام الجلوسى البارد وتغيير المكمدات مع السرعة والاستمرار فان المكمدات التى تسخن بطول مكثها او الحمامات الجلوسية القصيرة المدة تزيد فى الانعاظ وتثاقل الآلام ومتى تلطفت الاعراض الالتهابية استعملت الحقن التنينية ونجاح الحقن فى هذا الدور يكون أقل تأكدا بسبب عدم اقتصار التغير المرضى على الاجزاء المقدمة من قناة مجرى البول وامتداده الى أجزاء لا يمكن وصول سائل الحقن اليها بسهولة كما ذكرنا سابقا وفى الاحوال المزمنة التى فيها لا يكفى الحقن بالتنين يؤمر بالحقن بمحلول

الجواهر القابضة السابق ذكرها لاسيما محلول الحجر الجهنمى أو ماء الرصاص أو زاج الخارصين بان يؤخذ من كبريتات الخارصين ٣ دسى جرام ومن الماء المقطر ١٠٠ جرام ومن مستحلب الصمغ العربى ٥٠ جراما ومن صبغة الافيون الزعفرانية ٥ نقط وان كنت لم أر فى مثل هذه الاحوال منفعة زائدة من محلول التنين فان لم يثمر الحقن بالجواهر القابضة وجب استعمال الكبابة الصينى أو بلسم الكوباى ولا شك فى منفعة هذين الجوهرين فى الادوار المتقدمة من هذا المرض وانه باستعمالهما بمقدار عظيم يحصل وقوف فى السيلان لكن ان أمكن شفاؤه بدونهما كان ذلك هو الاحسن لعدم ادخال جوهرين قويى الفعل فى المعدة والمعى اذ ليس من النادر حصول نزلات معدية معوية تستمر زمنا طويلا عقب الافراط من استعمالهما وزيادة عن ذلك فان تأثير هذين الجوهرين الموقف للسيلان وقتى فى غالب الاحوال أكثر من التأثير الوقتى الموقف للسيلان بالحقن بحيث ان المرضى الذين يزعمون انهم شفوا من السيلان يعود عليهم عما قليل من الايام بدرجة أشد من قبل الاستعمال والقول بان استعمال الحقن فى قناة مجرى البول ينتج عنه بكثرة تضايقها يعنى أكثر من حصوله عقب استعمال المعالجة الباطنية يعد من الخطا فانه وان تحقق ان كثيرا من المرضى التى كانت تعالج فى الازمنة السابقة بالحقن كثيرا ما حصل عندهم تضايق فى المجرى الان هذا نشأ من كون استعمال الحقن قاصرا فى الزمن السابق على السيلانات المزمنة وأما فى الاحوال الحادة فكان يستعمل بلسم الكوباى أو الكبابة الصينى والمحقق الان ان استطالة مدة السيلان المجرى هى السبب الكثير الحصول للتضايقات المجرية ولذا متى استعمل الحقن من ابتداء المرض وزال بسرعة أمكن بسهولة تجنب حصول التضايقات المذكورة كما ان المشاهد أن استعمال القوابض القوية فى الارمادا الملتحمية هو الواسطة القوية لاجل منع انتفاخها وتخنها وتحببا تها المستمرة ومتى اريد استعمال بلسم الكوباى أو الكبابة الصينى فالاجود أن يعطى من هذين الجوهرين مقدار عظيم فى أيام قليلة من ثلاثة الى أربعة ويوقف استعمالهما متى حصل وقوف فى الافراز المرضى فان المعدة يمكنها غالبا تحمل هذين الجوهرين ولو بمقدار عظيم مدة

أيام قليلة أكثر من تحملها اليهما ولو بمقدار قليل مدة مستطيلة من الزمن وزيادة عن ذلك فالمقدار القليل لا يؤدى للنتيجة المطلوبة وتعطى الكبابة الصينى مسحوقة سحقا جيدا بمقدار أربع ملاعق صغيرة الى خمسة فى ماء الصودا وأما بلسم الكوباى فاجود طريقة لاستعماله هو أن يوضع فى محافظ غروية يعطى منها كل يوم من أربع أوست الى ثمانية واذا أريد ضم هذين الجوهرين مع بعضهما فالاجود ان يفعل منهما حبوب مركبة من ١٥ جراما أى نصف اوقية من الكبابة الصينى و٨ جرام أى درهمين من بلسم الكوباى وكمية كافية من الشمع الابيض ويفعل من هذا المخلوط مائة وعشرون حبة يعطى منها عشر حبات ثلاث مرات فى اليوم وفيما بعد يكرر هذا المقدار أربع مرات والغالب ان يكفى استعمال ثلاث علب من هذه الحبوب وكذا من الجيد استعماله فى هذا المرض المحافظ الغروية أو الملبس السكرى المحتوى على بلسم الكوباى وخلاصة الكبابة الصينى ومتى حصل للمريض اسهال وزحير أوظهر طفح وردى فى الوجه أو الجسم وجب ايقاف استعمال الجواهر المذكورة

ومهما كانت معالجة السيلان المجرى التسمى الحديث سهلة فى العمر جدا معالجة المزمن منه وكلما استطالت مدته كان انذاره غير جيد ومن المهم جدا فى معالجة هذا المرض ان يتأكد الطبيب بواسطة القساطير هل توجد تضايقات مجرية أم لا لانه متى وجد تضايق فكثيرا ما يستمر الالتهاب النوعى خلف الجزء الضيق ولا يمكن وصول مادة الحقن اليه وحصول الشفا الا بعد زوال العائق بواسطة المجسات الشمعية المصمتة واذا لم يوجد تضايق فى قناة مجرى البول أو أمكن توسيعه وجب استعمال الحقن بمحلول التنين أو محلول قوى من نترات الفضة واذا لم يثمر الحقن بهذين الجوهرين وجب وضع مجسات شمعية مدهونة بمرهم نترات الفضة والاوفق استعمال المرهم الرمدى للمعلم جوثرى المركب من نترات الفضة من ١ الى ٥ ديسجرام (أعنى من قمحتين الى ١٠) ومن المرهم البسيط ٣ جرام أعنى درهما وخمس عشرة نقطة من محلول تحت خلات الرصاص

وأما معالجة العوارض التى تضاعف السيلان المجرى فمنها معالجة النزيف

المجرى وهو لا يحتاج فى الغالب لوسايط علاجية مخصوصة لكن ان حصل بكيفية غزيرة جدا وذلك نادر وجب ايقافه باستعمال التبريدات القوى كالمجمدات الباردة أو يجتهد فى ايقافه بواسطة الضغط على المحل الآتى منه النزيف ومنها الانتصاب الليلى المؤلم ولاجل تجنبه أو تقليله وتلطفه يؤمر المريض بتقليل الاغذية والمشروبات جدا فى المسا واذا لم تثمر هذه المعالجة واضطرب نوم المريض وكذا ان لم تثمر الوسايط المعتادة عند العوام كالمشى فى الاودة والاقدام حافية والوثب من فوق نحو كرسى يعطى للمريض فى المساء قليل من الجواهر المسكنة كمسحوق دوفير وأما استعمال اللوبولين وهو (مسحوق ثمر حشيشة الدينار) الموصى به فى ذلك أيضا فليس عندى تجارب بالخصوص فيه وأما اذا حصل للمريض الانحناء المؤلم فى القضيب وقت الانتصاب أمر بوضع العلق على العجان لا على القضيب ويعطى له مركب أفيونى مساء أيضا وأما الخراجات التى تتكون على مسير قناة مجرى البول فتستدعى الضمادات الفاترة والمبادرة بشق الجزء المتموج وأما التهاب البروستة فيستدعى متى ابتدأت اعراضه فى الظهور ارسال العلق على العجان بكمية عظيمة ويحفظ سيلان الدم بعد سقوطه بواسطة الضمادات الفاترة زمنا طويلا ولا مانع من تكرار ارسال العلق ان اقتضى الامر لذلك ويؤمر للمريض من الباطن باستعمال الزيبق الحلو والافيون بمقدار قليل متكرر أى منوع ولا يمكن الجزم بان كان لهذا التركيب منفعة خصوصية ام لا واذا احتيج فى هذا المرض القسطرة قناة مجرى البول وجب فعل ذلك مع غاية الاحتراس وفى بعض الاحوال قد يحتاج الحال لترك القساطير المرنة فى محلها تركا مستمرا واذا حصل احتباس كلى فى البول ولم يمكن ازالته بالقساطير التجئ لبط المثانة ومتى ظهرت خراجات متموجة فى العجان وجب المبادرة بفتحها وعلى كل حال ينبغى مراجعة كتب الجراحة فيما يخص معالجة هذا المرض وأما معالجة التهاب الاوعية والعقد الاينفاوية فيكفى عادة لازالته راحة المريض فى فراشه وان بقى انتفاخ فى العقد الاربية بعد زوال السيلان المجرى زوالا تاما وجب استعمال الضغط عليها المستعمل بكثرة بدون فائدة فى الخيرجلات المقيسة الزهرية فعند مشى المرضى توضع لهم أحزمة الفتق ذات

المخدات العظيمة وعند نومهم توضع لهم صفايح من الرصاص أو أكياس مملوءة بالخردق بكيفية غير تامة ووضع رباط اوربى عليها لاجل احداث ضغط مستمر على الاورام وأما التهاب الخصية يمكن تجنبه باستعمال أكياس معلقة صفنية وتكون مفصلة ومصنوعة بكيفية بها تقى ملابس المريض من التلوث بالمواد السيلانية وهذا الاحتراس مهم فان تغليف القضيب برفائدو تثبيتها عليه مضر والرباط المعلق ينبغى للطبيب انتخابه كى يتأكد من عدم الضغط فان الرباط المعلق غير الجيد ضرره اكثر من نفعه وعند ظهور العلامات الابتدائية من التهاب الخصية ينبغى للمريض المكث فى الفراش على الدوام ويوضع بين فخذيه وسادة اسفينية الشكل بحيث يكون الكيس موضوعا عليها بكيفية فيها لا يكابد الحبل المنوى أدنى جذب وزيادة عن ذلك يوصى له بوضع كمية عظيمة من العلق على سير الحبل المنوى ويحفظ جريان الدم زمنا طويلا بواسطة الضمادات الفاترة وعادة تزول الآلام بعد ذلك فحينئذ يستمر على استعمال الضمادات الفاترة على الصفن وان حصل ثوران فى الآلام وجب تكرار ارسال العلق ثانيا وفى العادة يعطى من الادوية الباطنة فى هذا المرض الزيبق الحلو والافيون أيضا وأما الضغط الشديد المستوى بواسطة اشرطة من المشمع على الخصية تبعا لفريكه الذى به تتناقص الآلام والورم بسرعة فى بعض الاحوال فهو واسطة قليلة النجاح ولا يلتجأ اليها فى الغالب تبعا لتجاربنا

(المبحث الثانى فى الالتهاب المجرى النزلى)
(غير الزهرى أو البسيط)

الالتهاب المجرى النزلى البسيط مرض نادر فى الغالب والاسباب التى تحدثه عادة هى التهيج اللاواسطى لقناة مجرى البول بواسطة الاجسام الغريبة أو الحقن المهيج والافراط فى الجماع سيما فى اثناء الطمث و يصاحب الالتهاب النزلى المجرى القروح لاسيما القروح الزهرية الرخوة فى قناة مجرى البول وفى أحوال اخرى قد يمتد التهابها للاعضاء المجاورة لاسيما المثانة والبروستة وقناة مجرى البول

واعراض النزلة المجرية غير الزهرية هى انتفاخ فوهة مجرى البول واحمرارها والاحساس بحرقان على مسير مجرى البول لاسيما فى اثناء التبول وخروج

افراز مخاطى قليل منها وهذه المكابدات تزول بدون اسعاف طبى واما الالتهاب المجرى النزلى الشديد المستطيل الذى يصاحب القروح الزهرية الرخوة فى قناة مجرى البول فهو الذى وحده يصطحب بسيلان قيحى فى القناة المذكورة ويمكن اختلاطه بسهولة بالسيلان التسممى وسنتكلم على الفرق بينهما عند الكلام على القروح الزهرية الرخوة المجرية

وتبعيد الاسباب المحدثة لهذا المرض وازالة الاحوال الحافظة له تكفى فى معالجة هذا المرض الخفيف والالتهاب المجرى النزلى البسيط المتصف بالتصاق فوهة قناة مجرى البول فى كل صباح والمحدث عند المريض اضطرابا عظيما ظنا منه بانه مصاب بسيلان مجرى زهرى فيجتهد دائما بضغط القضيب وجذبه فى اخراج قليل من الافراز يتيسر ازالته فى أقرب وقت بعد استقصائه باخبار المريض وتحذيره من تهيج قناة مجرى البول تهيجا مستمرا بواسطة جذب القضيب والضغط عليه

(فى أمراض الاعضاء التناسلية)

(فى أمراض الاعضاء التناسلية للذكور)

لا نتكلم هنا الا على السيلان المنوى وضعف الباه أو فقده وأما باقى أمراض أعضاء تناسل الذكر فهى مفصلة فى كتب الجراحة

(المبحث الاول فى السيلان المنوى)
(والانزال ليلا أو نهارا)

يحصل عند أكثر الرجال زمنا فزمنا انزال ليلا من ابتداء البلوغ الى انطفاء القوة التناسلية بدون ان تكون هذه الحالة ظاهرة مرضية وأما اذا تكرر هذا الانزال فى أزمنة قريبة وكان غير مصحوب باحتلام ومصحوبا بانتصاب غير تام أو حصل يقظة (ويسمى بالانزال نهارا) فان هذه الحالة تعتبر ظاهرة مرضية ثم ان الاشخاص الذين يستشيرون الطبيب بسبب حصول الانزال اولا للشبان الذين سنهم من سبع عشرة سنة الى عشرين أو الى خمس وعشرين وهم يشتكون بحصول سيلان منوى مرة أو جملة مرار فى الاسبوع وانهم وقعوا فى حالة ضعف من ذلك وانهم يحسون فى اليوم التالى للانزال بانحطاط عظيم جدا فعلى الطبيب فى مثل هذه الاحوال أن لا يعتقد بالكلية فيما قيل له من

هؤلاء الاشخاص بل يجب عليه التفطن بانهم يخفون عنه أمورا معرفتها مهمة فانه عند النظر بالدقة لاغلب هؤلاء الشبان يرى انهم مضطربون في كلامهم وان في سريرتهم أمورا مخبأة ويمكنه الوقوف على الحقيقة واقرارهم بانهم كانوا منهمكين على الاستمناء باليد بل بعضهم يحصل عنده راحة من وجود فرصة يعترف للطبيب فيها بفعله لكن على الطبيب في مثل هذه الاحوال ان لا يكتفي بذلك بل يستمر على الفحص مع الهدء والتلطف في السؤال بطريقة حسنة قائلا هل أنتم مستمرون على هذا الفعل الى الآن أم لا والعادة ان يعسر على هؤلاء الاقرار بذلك ولابد من كون ثلثي المرضى يعترفون بالحقيقة ويقرون للطبيب بانهم مستمرون على اجراء ذلك الى الآن وانهم يأتون اليه ويستشيرونه عن حالتهم لما حصل لهم من الفزع عند قراءة الكتب المبالغ فيها مبالغة عظيمة جدا في النتايج المغمة التي تحصل من الاستمناء باليد ويدعشون أنه كان يكفي الاقرار للطبيب بتكرار الانزال بدون ان يطلعوه على حقيقة الحال وباي كيفية يحصل ذلك

ويختلف الحال بالنسبة لفريق ثان من الاشخاص الذين يطلبون الاسعاف الطبي لما عندهم من الانزال فانهم وان كانوا قد استعملوا الاستمناء في شبوبيتهم الا انهم تركوا ذلك فيما بعد ثم حصل عندهم فزع عظيم ونوع ايبوخندريا من قراءة بعض الكتب المبين فيها النتايج المغمة للاستمناء باليد فهؤلاء الاشخاص ولو لم يحصل عندهم انزال ليلا أكثر من غيرهم الا أنه كلما حصل ذلك عندهم يزيدون في حركة الايبوخندريا ازديادا عظيما فيعتقدون ان الانزال أمر خطر جدا ويتصورون على الدوام حصول العواقب المغمة للاستمناء باليد كما قراوه بالكتب ومكاتباتهم ومراسلاتهم للاطباء تخالف بالكلية حالتهم الظاهرة فان الطبيب بعد قراءة مراسلاتهم يظن أن صاحب المكاتبة شخص منهوك للغاية والحال أنه يجد المريض عند مجيئه له في هيئة صحة جيدة

وهناك نوع ثالث من الاشخاص يأتي للطبيب ويستشيره لاجل شفائه من الانزال وهم اشخاص يكونون في حالة ضعف عمومي وغير جيدي التغذية ووا قعين في حالة انيميا ولم يكن عندهم عادة الاستمناء باليد مطلقا والانزال

وان لم يتكرر عندهم بكثرة الا انه فى اليوم التالى لحصوله يحسون بهبوط وانحطاط بحيث ينسبون سوء القنية عندهم للانزال ومن التجارب يعلم انه يوجد حالة تنبيه مرضى فى المجموع العصبى عند الاشخاص الضعفاء البنية المنهوكين لا عند أقويائها بحيث يوجد عند هؤلاء انزال لم يكن فى الاقويا وكثيرا ما يوجد اشخاص لا تشتكى مطلقا منه وهم فى حالة الصحة انما اذا كانوا فى حالة النقاهة عقب مرض ثقيل مستطيل ربما يتكرر عندهم الانزال

غير هؤلاء الاشخاص المذكورين أخيرا الذين يكون الانزال عندهم نتيجة سوء القنية والنهوكة لا سببا لها والذين ينبغى ان يعالج عندهم سوء القنية ونتايجها لا الانزال يوجد نوع رابع يكون حصول الضعف العظيم عندهم والانحطاط المتزايد والاضطرابات العصبية ناتجة بلا شك من الانزال المتكرر فى مدة قريبة ومثل هؤلاء الاشخاص يقع فى حالة كآبة وحزن وليس لهم ادنى قدرة على التصور والاشغال ويوجد عندهم نوع رعب وفزع وتشكى بارتعاش فى الجسم وطنين فى الاذنين ودوار فى الرأس والآم عصبية فى القمحدوى وتشكيهم يذكر بكيفية واضحة حالة النساء الاستريات ولذا يجوز تسمية مجموع تلك الاعراض بالاستريا عند الرجال ويعسر علينا توجيه كون الانزال له تأثير مضر فى الجسم عند بعض المرضى دون اخرين فانهم يتحملونه بدون ضرر ولا يجوز القول بان أسباب الانحطاط العام والاضطراب العصبى هو فقد الاخلاط فان الافراط من الجماع عند المتزوجين حديثا من الشبان يكاد لا يغير صحتهم على الدوام بل أغلبهم يحفظ صحته كما كانت قبل ولو فقد مقدارا عظيما من المنى كل يوم وفقد هذا السايل عند هؤلاء أكثر منه بالكلية فى الاشخاص الذين يكابدون الانزال بحيث ان النتايج المغمة لذلك كان ينبغى ان تشاهد فى الاولين متى كان السبب فقد المنى والذى نظنه طبقا للنتايج الجيدة التى شاهدناها فى السنين الاخيرة فى المرضى الذين نحن بصددهم وعند المصابين بالسيلان المنوى من الكى المتكرر يعرف الذيك ان الظواهر الاستيرية لهؤلاء تشابه بالكلية ظواهر الاستريا فى النساء المصابات بتقرحات فى فوهة الرحم وبعبارة أخرى ان حالة التهيج للاعضاء

التناسلية عند الرجال لا الفقد المنوى تحدث اضطرابات عصبية منتشرة كما
فى النساء وسنذكر مع التفصيل عند الكلام على الاستريا ان تقرحات فوهة
الرحم لا تؤدى على الدوام لحصول الاستريا وان ذلك لا يحصل الا عند وجود
استعداد مخصوص ومثل هذا يقال بالنسبة لحصول الاستريا بالرجال الذين
يمنون باليد أو يعتريهم عقب تهيج الاعضاء التناسلية انزال يتكرر
أوسيلان منوى فالاستريا لا تنشأ على الدوام مطلقا لا عند النساء ولا عند
الرجال من تغير فى الاعضاء التناسلية فقط

وأما السيلان المنوى الحقيقى فيعنى به الحالة التى فيها لا ينقذف المنى مدة
حركة الانتصاب التام أو غير التام بل التى يسيل فيها هذا السائل شيأ
فشيأ فى قناة مجرى البول ويندفع مع البول أو التبرز ثم ان تقاويم المعلم لمند
وخلافه من الاطبا مبالغ فيها مبالغة عظيمة فى كثرة حصول السيلان المنوى
وكثيرا ما يختلط هذا السيلان بزيادة افراز البروستة فانه لا يوجد فى هذا
السائل الذى يجتمع بكثرة فى فوهة قناة مجرى البول عند كثير من الاشخاص
عقب تهيجات أعضاء التناسل حيوانات منوية بالكلية وان وجدت فيه كان
عددها قليلا جدا وكثيرا ما يشتبه هذا السائل بالمواد المخاطية التى تنفرز
بكثرة من الغشاء المخاطى المجرى فى أحوال السيلانات المجرية المخاطية
المزمنة وانه يشتبه أيضا بالاخيطة المستطيلة المخاطية التى توجد فى البول
عند الاشخاص المصابين بالنزلات المثانية المزمنة فلا يتحقق من التشخيص
الا بواسطة الميكرسكوب واسباب السيلان المنوى الحقيقى غير واضحة
ويظهر انه ينتج عن استرخاء وتمدد فى القنوات القاذفة للحويصلات المنوية
وبعض أحوال مرضية مجهولة فى الارتفاع الحبلى وأقر بها للعقل النزلات
والتشنجات فى هذا الجزء

وكما بولغ فى كثرة السيلان المنوى قد بولغ أيضا فى نتايجه المغمة من المعلم لمند
وغيره فقد شاهدت رجلا فى مجدبورغ أحد خدماء وابورات سكة الحديد
كان يعتريه مدة عشر سنين فقد منوى غزير فى أثناء كل تبرز دون ان يحدث
ذلك ادنى تاثير مضر على صحته العامة وكان متزوجا وولد له عدة من الاولاد
مدة استمرار السيلان المنوى بل اعترف لى انه فى أثناء سياحته كل يوم الى

(لبسبيج) كثيراما افرط فى الجماع وتوجد كذلك اشخاص تشاهد عندهم الظواهر المرضية التى ذكرناها عند التكلم على الانزال

(المعالجة)

اما الاستعداد المرضى المتزايد فى حركة الانزال فانها لا تثمر غالبا والنجاح القليل فيها يحصل عليه من الالتفات لحالة بنية المريض وتبعيد جميع الامور التى يمكن ان ينتج عنها هذا العارض ولهذا السبب كانت الاستحضارات الحديدية مشهورة فى معالجة الانزال وبعض المرضى يحصل له تحسين أوشفاء تام باستعمال الحمامات البحرية والمعالجة بالماء البارد وكذا الحمامات الباردة الجلوسية وغسل اعضاء التناسل بالماء البارد مرارا ممدوح فى تقوية اعضاء التناسل وعدم تكرر الانزال الا انه لا ينبغى استعمالها فى ساعة الغروب وقبل الدخول فى الفراش فانها ان استعملت فى هذا الوقت زاد الانزال وكذا ينبغى تجنب كثرة الاكل قبل النوم ومنع المشروبات المنبهة خصوصا الشاى ونحو ذلك واستعمال الكافور وغيره من الادوية واللوبولين وما أشبه ذلك من الادوية فقد اوصى به بعضهم (بان يؤخذ من الكافور ٧٠ ملى جرام ومن اللوبولين ٣ دسى جرام ومن السكر ٥ دسى جرام ويعمل مسحوقا يعطى منه فى النهار وفى المساء قبل النوم ورقة) ومن الممدوح بكثرة فى مثل هذه الاحوال بروبور البوتاسا يعطى منه كما فى أحوال الصرع وكذا سائل فولير الزرنيخى من ٥ نقط الى ١٠ قبل النوم فانه واسطة جيدة فى تلطيف التهيج التناسلى وكى ارتفاع الجبلى بواسطة حاملة الكاوى للمعلم (لمند) وان زيد فى المبالغة فى مدحه فى العصر السابق قبل الآن بالحكاية فان هذه الآلة التى كان يظن بلزومها لكل طبيب مدة شهرتها قليلة الاستعمال الان جدا وعلاها الصداء فصارت فى زوايا الاهمال عند الاطباء الا فى الاحوال التى يكون فيها الفقد المنوى غزيرا والبنية منهوكة وفيها أيضا يظن باسترخاء وتمدد فى القنوات القاذفة للحويصلات المنوية أوالتهاب مزمن فى الاجزاء الخلفية من قناة مجرى البول وكان هذا سببا للسيلان المنوى دون غيره من التغيرات المرضية يسوغ استعمال الكى بالآلة المذكورة وفيما عدا ذلك من الاحوال يقتصر فيها على ازالة

الامساك واستعمال الغسلات الباردة فى أعضاء التناسل مع ملاحظة المضاعفات الموجودة ومعالجتها والمعالجة الكهربائية نجاح بين فى مثل هذه الاحوال كما سيأتى فى المبحث الآتى

(المبحث الثانى)

(فى فقد الباه والضعف التهيجى لأعضاء تناسل الذكور)

يندر مشاهدة فقد قوة الجماع فى سن الرجولية فقدا تاما مستمرا بل بعض تشوهات القضيب وفقد أحد الخصيتين وتغيراتهما المرضية لا ينتج عنه فقد قوة الباه فقدا تاما وعكس ذلك كثيرا ما يشاهد تناقص فى قوة الباه أو فقدها الوقتى وعلى الطبيب معرفة هذه الاشكال المختلفة التى تظهر بها هذه الحالة فان بمهارته وتجاربه قد يمكنه راحة الزوجين وعدم الفشل والفراق وعدم الذرية بل وقتل النفس أحيانا سيما متى كان ذا أمانة وفيه أمنية وساهد بذلك المرضى التى تستشيره بسبب فقد الباه فيهم مع النصيحة وتسكين الفؤاد وأكثر من يلتجى للطبيب فى هذا الخصوص الشبان المتزوجون جديدا ويأتون له فى حالة يأس عظيم بعدما يرون انهم لا قدرة لهم على الاجتماع بنسائهم فان النساء ولو كن أصحاب عفة يحصل عندهن سآمة شديدة وكراهة لازواجهن ولو احببنهم محبة عظيمة عندما يرون ان ازواجهن لا قدرة لهم على الجماع بعد الزواج وكلما كانت البنات أكثر عفة وأقل معرفة بامور النساء قبل الزواج يمضى عليهن غالبا زمن بعد الزواج بدون ان يتحققن من ان زواجهن غير تام الشروط بفقد قوة الجماع عند أزواجهن لكن متى تحققن من ذلك حصل عندهن احساس باحتقار واشمئزاز لرجالهن وكذا الذى يلجئ الشبان لاستشارة الطبيب ليس فقط حبهم للجماع ولا الخوف من الحرمان من الذرية بل الحياء والتأكد من احتقار نسائهم لهم فنجد مثل هؤلاء الاشخاص يقرون للطبيب دون غيره من الاقارب بهذه الاسرار الخفية لامنيتهم فيه ثم يلى هؤلاء فى كثرة الالتجا للطبيب القادمون على الزواج فانهم يأتون له ويستشيرونه فى معالجة فقد قوة الجماع التى شاهدوها عندما ارادوا التجربة بانفسهم فى امرأة أجنبية قبل الزواج بقليل ومهما كان استغراب الطبيب المستجد فى الطب العملى عندما يعرض عليه

مثل هذه الامور لابدوان يطرأ عليه جملة أحوال من هذا القبيل يعمها من اشخاص مع التصريح متى اتسعت دائرة اشتغاله فى الطب العملى

وأغلب هذه الاحوال ينتهى انتهاء جيدا بالمعالجة اللائقة بحيث ان المتزوجين جديدا الواقعين فى حالة يأس ينتهى أمرهم بالحصول على قوة الجماع والذرية اذا وقعوا فى يد طبيب ماهر فان السبب الكثير الحصول لفقد الباه الوقتى هو فى الغالب فقد أمنية الشخص من نفسه مع شدة الالتفات والتفكر فى النجاح عند اجرا الجماع فان الانتصاب لا يحصل فقط بدون تأثير الارادة بل شدة الرغبة فى الحصول عليه ربما كانت تمنعه فانه كلما قل اشتغال الذهن بحصول الانتصاب عند شخص وكان غير قاصد حصوله كان حصوله أقوى واتم عند كل تنبه عام تناسلى ولذا تخبر المرضى الواردون لاستشارة الطبيب بدون سؤال منهم انه كثيرا ما يحصل عندهم الانتصاب فى بعض الاوقات التى لا فائدة فيها وانه اذ ذاك يكون تاما مستمرا لكن متى أرادوا اجراء الجماع يزول الانتصاب بالكلية أوان حصل لا يكون تاما أو يفقد مدة حركة الجماع قبل حصول قذف المنى ومثل هؤلاء وان حصل عندهم بعد النجاح فى الجماع مدة من الزمن التأكد من الامنية فى أنفسهم فتستمر قوة الانتصاب عندهم مدة طويلة لكن متى حصل عندهم عدم نجاح مرة من المرار وقعوا فى حالة نكسة من فقد قوة الباه وقد يشاهد أيضا ان مثل هؤلاء يقدرون على الجماع بجملة مرار مع نسائهم لكنهم لا ينجعون فى ذلك اذا أرادوا نسائهم الزنا بنساء ليس لهم اعتياد عليهن

ثم ان السبب الكثير جدا فى ضعف الباه هو جلد عميرة ويندر ان يكون سبب هذه العاهة الافراط من الشهوات التناسلية أو الانزال المتكرر لكن ضعف قوة الباه عند الاشخاص المنهمكين على هذا الفعل القبيح لا يستحيل الى فقد قوة الباه فقدا تاما وقتيا الا عند قراءة الرسائل المشنع فيها تشنيعا عظيما على النتائج المغمة للاستمناء باليد اذ يذكر فى مثل هذه الرسائل ان فقد القوة التناسلية من النتائج الملازمة لذلك وهذا الامر يوجب عند القارى قطع العشم من نفسه بالكلية ومتى أثر كل من هذين الامرين

عند شخص واحد أعنى التأثير المضعف للاستمناء وفقد الامنية من نفسه عقب الاطلاع على هذه الرسايل يكاد يحصل له على الدوام عدم نجاح الجماع وهذا هو السبب كما ذكر فيما تقدم فى تكرار عدم نجاح قوة الجماع ثانيا مدة طويلة من الزمن

وهنالك اشخاص لا تكون مستضعفة من الاستمناء باليد ولهم عادة قوة فى الجماع وأمنية فى اجرائه ومع ذلك لا ينجحون اما بسبب السكر أو بما يحصل عندهم من عدم الامنية فى أنفسهم بعد ذلك ومن كثرة الرغبة والتفكر فى الحصول على نجاحه مرة ثانية ومن الخوف من عود هذا الامر ثانيا يحصل عندهم ضعف وقتى فى الباه وفى أحوال أخرى لا يمكن نسبة عدم نجاح المرة الاولى لا جماع الا التهيج والاضطراب العمومى الشديد أو الرعب الزايد ومثل هؤلاء يكونون عادة محجوزين عن تلك الشهوات بالكلية وتزوجوا وهم فى حالة جهل كلى فيما ينبغى اجراؤه بالنسبة لوظيفة التناسل ففى الاسابيع الاول التى تعقب الزواج يكون هؤلاء الاشخاص فى حالة هبوط وغم شديدين بسبب ما وقع لهم من عدم النجاح فى الجماع ثم بعد مضى سنين يتحدثون ويضحكون مما وقع لهم بعد الحصول على الذر يةوزيادة عن هذه الاحوال العديدة من ضعف قوة الباه أو فقده فقدا وقتيا توجد أحوال أخرى نادرة يكون فيها فقد الباه مدة من الرجولية متعلقا فى الحقيقة بضعف وظيفة أعضاء التناسل ومثل هؤلاء يتميزون عن الاشخاص السابق ذكرهم بكونهم لا يحصل عندهم ادنى تنبه تناسلى ولو فى الاوقات التى لا يوجد فيها ادنى مؤثر نفسى يمنعهم من ذلك بل ويفقد عندهم الانتصاب بالكلية الذى يوجد فى كثير من الاشخاص بدون رغبة شهوية بل وعند الاطفال فى الصباح عقب امتلاء المثانة وعند البحث عن أعضاء التناسل يوجد عندهم احيانا تغيرات غير طبيعية كضمور الخصيتين وصغرهما ورخاوتهما أو استرخاء الصفن وطوله ورخاوة القضيب وبرودته وصغره وتيبسه وفى أحوال اخرى قد لا يوجد عندهم ادنى تغير مرضى فى شكل القضيب ولا اوصافه وقد استشارنى من منذ سنين أحد الاشخاص المزارعين فى سبب فقد الباه وحيث كان سنه أكثر بقليل من ثلاثين سنة وكان

ربنع

ربع القامة نامى العضلات وليس عنده نمو شحمى فى البطن وكانت اعضاؤه التناسلية سليمة عند البحث والقضيب تام النمو والخصيتان عظيمتين متناسبتي القوام وكدت ان اتحقق من أن ضعف الباه عنده من الاشكال الاول من الضعف المذكور وحكمت له بانذار جيد لكن اتضح الامر بخلاف ذلك ضد أملى وقد حصل بينه و بين زوجته الانفصال بعد سنة ولا يعرف التوجيه الفسيولوجى لاشكل الثانى من فقد الباه

ثم انالانذكر أحوال التغيرات المرضية غير الطبيعية لاعضاء التناسل كقطع الخصيتين وضعف أعضاء التناسل الناتج عن بعض الامراض العامة المضعفة سيما البول السكرى ونحو ذلك لما ينتج عن فقد قوة الجماع أو ضعفه لكنا نذكر مع الاختصار هنا بعض كلمات على الضعف التهيجى لاعضاء تناسل الذكر فنقول

ان الشكل الاول من فقد قوة الباه بعده كثير من المؤلفين من الضعف التهيجى لهذه الاعضاء وفى الحقيقة الاشخاص الذين تكلمنا عليهم ابتداء يكونون من جهة كثيرى التهيج وذلك انهم بمجرد ملامستهم للنساء أو نحو ذلك من الاسباب تحدث عندهم تنبهات تناسلية فى أقرب وقت ويكونون من جهة أخرى ضعفاء لان الانتصاب عندهم ضعيف قصير المدة لكن يعنى بلفظ الضعف التهيجى لاعضاء التناسل بمعناه الحقيقى الحالة التى فيها مع حصول التنبه التناسلى العام يحصل انقذاف المنى قبل اتمام حركة الجماع بل وقبل تمام الانتصاب وهذه العاهة تشاهد على الخصوص عند الاشخاص الذين تعودوا على الاستمناء باليد وعاقبة هذه الحالة تكاد تكون جيدة دائما اذا كان يحصل عندهم انتصاب قوى زمنا فزمنا فان هذه الحالة ولو كانت ناتجة عن الافراط فى الشهوات واستمرت زمنا طويلا قبل الزواج وبعده بمدة اما بيسع لابد وان تزول بتأثير المعيشة المنتظمة والمخالطات الشهوانية الاعتيادية غير المصحوبة باستعمال مهيجات صناعية أى مقويات

(المعالجة)

اما دلالات المعالجة السببية فتستدعى فى الشكل الاول معالجة عقلية أى

الوسايط التى يؤثر بها الطبيب على عقل المريض فكثير اما يكفى فى مثل هذه الاحوال اخبار المريض بما حصل لغيره من النجاح والتأكيد له بان مرضه هذا اواه جدا ووقتى يشفى تبعا لجميع التجارب وبعض الاشخاص الاخر يحصل له الشفاء من امره بالمنع عن تجربة الجماع فان عدم الرعب وتسكين روع المريض عند التنبه التناسلى وزوال صرف الفكر فى استمرار الانعاظ وبقائه يمكن بهما حصول المجامعة بحيث يتيسر اجراء ذلك مدة المنع منه ويستمر النجاح الذى لم يمكن الحصول عليه قبل ذلك ومتى ندب الطبيب لمعالجة أشخاص غير متمدنين وجب عليه ان يامرهم باستعمال جواهر دوائية لطيفة التاثير مع المبالغة العظيمة فى نجاحها وثمرتها ويامرهم باجتناب تجربة الجماع مدة بعض زمن فكثيرا ما يأتى المرضى بعد بعض زمن و يقرون للطبيب مع التاسف بانهم لم يمكنهم منع انفسهم من امتثال الامر مع المدح الكلى فيما تعاطوه من الجواهر الدوائية و ينبغى للطبيب عند معالجة اى شخص مصاب بضعف الباه أو فقده ان يامره بتجنب المهيجات الصناعية التى يجتهدون بها فى احداث الانعاظ خصوصا لمس أعضاء التناسل والدلك فيها وعليه ان يخبرهم مع الحماس والتاكيد بالعواقب المغمة التى تعقب ذلك ورداءة الاعتياد على ماذكر وجميع الجواهر الدوائية المنبهة للباه لا فائدة فيها بل مضرة واما الغسلات البارده لاعضاء التناسل والحمامات الباردة الجلوسية والتشلشلات الباردة فكثيرة المنفعة فينبغى الالتجاء اليها فى الشكل الثانى وأما كى الجزء البروستتى من قناة مجرى البول بواسطة حاملة الكاوى للمعلم (للند) فقد شوهد منه نجاح عظيم فى بعض أحوال فقد الباه خصوصا الضعف التهيجى ولربما كانت طبيعة هذه الاحوال غالبا ناتجة عن السيلان المنوى الناشئ عن تمدد القنوات القاذفة للحويصلات المنوية ومن الجائز ان نجاح هذه الطريقة أحيانا يكون ناتجا عن التأثير على عقل المريض وقراءة رسائل المعلم (للند) تساعد بالكلية فى هذه المعالجة لانها تشتمل على أحوال عديدة من نجاح هذه العملية فتعطى للشخص شهامته التى كانت فقدت منه بالكلية وفى العصر الاخير قد أوصى بعد الاطباء المشتغلين بالمعالجة بالكهربائية باستعمال

التيار

انه على حسب طريقة الاول ينبغى وضع القطب النحاسى للتيار الكهربائى المستمر على الفقرات القطنية والقطب الخارصينى فى اتجاه الاحبلة المنوية ابتداء بقدر أربعين مرة ثم يوضع بالعرض على الدوائر المختلفة من سطح القضيب العلوى والسفلى ثم يمس به العجان طولا وكل جلسة تستمر من دقيقتين الى ثلاثة وزيادة عن ذلك ينبغى وضع القطب النحاسى فى كل أربعة عشر يوما ثلاث مرات فى قسم القناة القاذفة للمنى بواسطة موصل على شكل قساطير ويمس بالقطب الخارصينى اذ ذاك فى اتجاه الاحبلة المنوية وعند وجود اصفار غير حساسة يستعمل المعلم المذكور سابقا الفرشة الجلوانية وان كانت الخصية عديمة الحساسية يسلط تيارا كهربائيا عليهما وتكرر الجلسات كل يوم مع الاستمرار زمنا طويلا حيث ان التحسين لا يحصل احيانا الا بعد بعض شهور وأما شولس فانه استعمل التيار الكهربائى المتقطع فى معالجة الانزال المنوى وفقد الباه زمنا طويلا لكنه ذكر انه تحصل على نتائج عظيمة من منذ استعماله للتيار المستمر وطريقته ان يوضع القطب الموجب فى قسم الفقرة الخامسة للظهر والقطب السالب على العظم العجزى والعجان وكل جلسة تستمر من دقيقة الى اثنتين وتكرر فى كل أسبوع من ثلاث مرات الى أربع وهذا الطبيب يستعمل اجهزة مركبة من عشرين الى ثلاثين زوجا دانياليا ذات حجم متوسط

(فى أمراض اعضاء تناسل الاناث)

(الفصل الاول فى أمراض المبيضين)

(المبحث الاول فى التهاب المبيضين)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاضطرابات الغذائية الالتهابية فى هذا العضو تصيب اما حويصلات جراف أو جوهر المبيضين أو غلافهما المصلى والشكلان الاولان يؤديان غالبا التقيح جوهر هذا العضو واما الشكل الاخير فيكاد ينتج عنه على الدوام ثخن فى الغلاف المصلى والتصاق المبيضين بالاعضاء المجاورة لهما ثم ان الولادة ونتائجها هى السبب الرئيس لحصول التهاب المبيضين ولكوننا لا نتكلم فى هذا الفصل على الامراض التى تنتج عن الحمل والولادة

والنفاس لانذكر هنا التهاب المبيض النفاسى وزيادة عن حالة النفاس يظهر ان أكثر حصول التهاب المبيض فى الزمن الذى يكون فيه محتقنا ومحلا للاصابة بجرحية فسيولوجية عقب انفجار حويصلات جراف وعلى العموم الاسباب المتممة لحصول التهاب المبيض غير النفاسى هى المؤثرات المضرة على الجسم زمن الطمث كالبرد ورطوبة الاقدام والجماع زمن الحيض والظاهر ان حصول هذا المرض مرة يعين على تردده مرارا

(الصفات التشريحية)

الالتهاب المبيضى يصيب على الدوام مبيضا واحدا واذا كان منشأه حويصلات جراف يشاهد اما حويصلة واحدة متزايدة الحجم او اثنتان او أكثر وهو نادر فتكون متعددة فى حجم الحمصة أو الكرزة والمتعددة تكون ممتلئة بنضح التهابى ممزوج بمواد دموية ومحفظتها الظاهرة محمرة بسبب الاحتقان الوعائى والمبيض نفسه غالبا يكون قابل الانتفاخ وجوهره على حالته الطبيعية الا انه مرتشح ارتشاحا اوذيماويا خفيفا والمحفظة المصلية تكون عادة مشتركة مع الجوهر فى الالتهاب وانتهاء هذا الالتهاب غالبا يكون حميدا فان النضح الالتهابى يمتص وتضمر الحويصلة وفى احوال اخرى تستحيل الى كيس مصلى ويندر ان تتقيح و ينتج منها خراج فى المبيضين وأما اذا كان منشأ الالتهاب جوهر المبيضين فتكون التغيرات المرضية قاصرة على احتقان عظيم فيه واوذيما التهابية ونمو فى المنسوج الخلوى يؤدى فيما بعد لتخن ثم انكماش وضمور فى المبيض ويندر جدا فى مثل هذه الاحوال تقيح المبيضين وتكون خراجات وتقيحها تقيحا منتشرا ولم يشاهد المعلم كيوش هذا الانتهاء فى الالتهاب المبيضى غير النفاسى الا مرتين واما التهاب الطبقة البريتونية المغمدة للمبيضين فقد يكون تارة أوليا وتارة ثانويا فينضم لالتهاب جوهر هذا العضو وفى الاحوال الحديثة يتغطى المبيض بنضح خفيف رقيق كثير الليفية يلتصق خفيفا بالاعضاء المجاورة لاسيما بالاربطة المستعرضة للرحم والبوقين فان الطبقة البريتونية المغمدة لهما تشترك فى الالتهاب وفيما بعد تتكون التصاقات متينة بواسطة ألجمة وأغشية ليفية بها يمكن ان يلتف المبيضان وفوهة البوقين وتتغمد

ومن النادر ان ينتج عن التهاب الطبقة البريتونية للمبيض نضح غزير وفي مثل هذه الاحوال تتكون بورات متكيسة في الحوض الصغير

(الاعراض والسير)

الاعراض التي يتصف بها التهاب المبيضين هي اعراض الالتهاب البريتوني الجزئي الذي يكون مجلسه في احد المبيضين واما اذا بقيت طبقة المبيضين الغمدية البريتونية مصونة عن الالتهاب كان سيره خفيا على الدوام و يكون وضع المبيضين في الحوض الصغير غائرا جدا ومغطى بالكلية باللفائف المعوية بحيث ان الضغط الواقع من اعلى العانة لا يؤثر على هذا العضو الا اذا كانت الجدر البطنية مسترخية جدا ولذا كان من المهم البحث على الدوام من نحو قبوة المهبل لاجل التأكد من الالم ان كان آتيا من المبيضين أولا وفي بعض الاحوال قد يمكن الوصول الى المبيض المريض ومعرفته بواسطة الجس من المستقيم ومن العلامات التشخيصية أيضا لهذا المرض معرفة اسبابه فان الاعراض المذكورة متى وجدت في مريضة تعرضت للبرد أو اسباب مضرة اخرى مدة الطمث واصطحبت بانقطاعه غلب على الظن ان اعراض الالتهاب البريتوني الجزئي منشأها المبيض لا عضو آخر من الاعضا المغلفة بالبريتون وبامتداد هذا الالتهاب الى الاعضاء المجاورة قد تتنوع صفة هذا المرض وقد يصطحب التهاب المبيض بسيلان رحمي أو سيلانات مدمة أو مدمية مصلية وآلام عند التبول والتبرز وآلام عصبية أو احساس بثقل في الطرف السفلي المسامت للمبيض المريض وقد تفقد هذه الظواهر في أحوال أخرى و يندر ان يصطحب الالتهاب المبيضي باعراض حمية وسير هذا المرض يختلف اختلافا عظيما ففي الاحوال الجيدة قد تزول اعراضه في ايام قليلة بدون ان يبقى اثر والظاهر ان مجموع الاعراض التي كثيرا ما تظهر عند النساء الفواحش وتعرف بمغص الفواحش تكون متعلقة بالتهاب خفيف مبيضي ذي سير سريع وانتهاء حميد فانه كثيرا ما شاهدنا عند هاتيك النساء آلاما شديدة في البطن السفلي آتية من المبيض تزداد ازديادا عظيما بالضغط ثم تزول بسرعة عقب ارسال العلق ونحوه واما اذا امتدت مدة هذا المرض ونتج عنه التصاق المبيض بالاعضاء

المجاورة ونخن الطبقة الغمدية فلا يندر ان ينتج عن ذلك ترددا عراض الالتهاب المبيضى ترددادوريا ياسيما وقت زمن الطمث اذمن الواضح ان عزقحو يصلات جراف الذى يصطحب فى الحالة الطبيعية بظواهر مشابهة لظواهر الالتهاب كثيرا ما يصطحب بظواهر التهابية خفيفة فى الحالة المرضية المذكورة اخيرا وقدشاهدنا حالة من هذا القبيل عندامرأة كان حصل لها من منذ عشر سنين التهاب مبيضى شديد وعولجت من أحد الاطباء المشهورين بمعالجة أمراض النساء ومن وقتئذ يتردد عليها هذا المرض مرارا كل سنة واما اذا كان النضح الناتج من التهاب البريتون للغلاف المبيضى غزيرا اوحصل تثقب فى المبيض من الخراجات التى تتكون احيانا من الالتهاب المبيضى الجوهرى فينتج عن ذلك اما انسكاب غزير متكيس فى الحوض الصغير او التهاب بريتونى منتشر ذوسير حاد جدا وانتهاء محزن

(المعالجة)

يوصى فى الاحوال الحادة لالتهاب المبيض كما يفعل فى الالتهابات البريتونية الجزئية أو الرحمية الدائرية بارسال العلق على احد اقسام الاربية بمقدار عشرة اوخمسة عشر وان سمحت الحالة بارسال العلق على عنق الرحم وجب فعله ثم توضع مشانات ممتلئة بالجليد على القسم المريض وأما اذا كان الالتهاب المبيضى نتيجة الطمث فلا تستعمل الوضعيات الجليدية بل يقوى استعمال العلق بواسطة الضمادات الفاترة على القطن السفلى أو الاعضاء التناسلية الظاهرة وكذا بحفظ البطن منطلقا بواسطة المسهلات لكن يتجنب استعمال المسهلات الشديدة بل يقتصر هنا على تعاطى زيت الخروع والحقن الملينة وفى الغالب لا يحتاج فى هذا المرض لاستعمال الزئبق الحلو والمرهم السنجابى الزئبقى وان خشى من امتداد الالتهاب البريتونى الى الطبقة المصلية المعوية وجب استعمال المركبات الافيونية واذا استطالت مدة المرض وجب تكرار ارسال العلق بكمية قليلة جملة مرار ويظهر ايضا ان الاستعمال المنتظم للحمامات القلوية واستعمال المركبات اليودية من الباطن اوالمياه المعدنية اليودية ذومنفعة عظيمة

(المبحث الثانى فى اكياس المبيض)
(المعروف باستسقاء المبيض)

(كيفية الظهور والاسباب)

اغلب الاكياس المبيضية تنشأ عن استحالة فى حويصلات جراف وذلك انها تتمدد وتستحيل الى اكياس عظيمة الحجم أوقليلته بواسطة قبولها لكمية عظيمة من سائل مصلى وثخن فى جدرها ويقرب للعقل احيانا ان التهاب الاجربة المبيضية هو الذى يكون السبب الابتدائى فى تمددها الاستسقائى وذلك بكونه يؤدى لثخن فى جدرها يمنع من استفراغها ويميل العقل لرأى المعلم اسكنسون القائل بأن استسقاء حويصلات جراف يحصل احيانا بالكيفية الآتية وهى ان الاحتقان الطمثى الذى يحصل فى أحد المبيضين لايصل الى درجة كافية فى تمزق الحويصلة بل يزيد فقط فى افرازها فتجتمع المواد المنفرزة فى باطنها فتتمدد جدرها شيأ فشيأ وينتج عن ذلك ازدياد مستمر فى الافراز بتكون وعائى جديد وهذا الشكل من الاكياس المبيضية يشاهد فى كل طور من أطوار الحياة لكن يندر جدا مشاهدته قبل زمن البلوغ والذى يشاهد منها عند النساء زمن اليأس يظهر أنه لم يتكون حينئذ بل تكون من قبل

وهناك شكل ثان من الاكياس المبيضية يتكون من استحالة متكيسة جديدة امافى جوهر المبيضين أوفى جدر أكياس قديمة تعرف بأم الاكياس يتولد عنها أكياس جديدة تعرف ببنات الاكياس

ويوجد شكل ثالث أيضا من الاكياس المبيضية يحصل بكيفية بها يستحيل الجوهر الخاص للمبيض الى مسافات خلائية متراكمة يعظم حجمها شيأ فشيأ وهذا النوع يسمى بالاستحالة الكهفية للمبيض

(الصفات التشريحية)

الاكياس المبيضية الناتجة عن تمدد استسقائى فى أجربة جراف يوجد فيها تارة كيس واحد وتارة جملة أكياس فى المبيض وفى هذه الحالة الاخيرة تكون الاكياس فى الابتداء منعزلة عن بعضها ذات شكل مستدير ومتى

نمت نموا عظيما تلامست جدر بعضها بالبعض الآخر فتتفرطح وتكتسب هيئة اكياس الشكل الثاني أي الذي فيه يتولد كيس في جدر كيس آخر ويندر أن تصل الاورام الناتجة عن استسقاء اجربة جراف الى حجم الراس وفي هذه الحالة يكون الورم متكونا اما من كيس واحد قد تمدد تمددا عظيما أو من جملة أكياس منضمة الى بعضها ومثل هذه الاكياس تكون جدرها عادة رقيقة لكن قد يحصل فيها ضخامة عظيمة بتقدم المرض فتكتسب ثخناً ومتانة عظيمتين ومتحصل هذه الاكياس يكون متكونا إما من سائل صاف مصفر اولزج غروي واذا حصل تمزق في باطن الكيس أو التهبت جدره صار متحصلها محمرا او ذا لون سمر بل مسودا أو يصير مصفرا قيحيا

وأما الاورام المبيضية المتعددة الجيوب التي تنتج عن تكون جديد ويصلي فقد تصل الى حجم عظيم جدا وفي العادة يتولد أحد الاكياس من جدر الكيس المجاور له وذلك ان هذا الكيس يضغط على الكيس القديم فتنثني جدره من جدر الكيس المنضغط وبذلك تكتسب ثخناً وسماكة عظيمين فيصير منسوجها ليفيا ولا يندر ان يحصل في جدر هذه الاكياس تعظم ويوجد على السطح الباطن لهذه الاكياس طبقة بشرية بسيطة أو متراكمة ومتحصل هذه الاكياس يكون كذلك اما سائلا أو هلاميا وكثيرا ما يكون محتويا على عدد عظيم من بلورات كالوستيارينية وبواسطة نزيف أو التهاب في الكيس قد يكتسب كذلك لونا سمرا أو مسودا أو مصفرا قيحيا وأما الشكل الثالث من الاكياس المبيضية أي الاستحالة الخلائية ففيه المنسوج الاصلي للمبيض يكاد أن لا يوجد له أثر بالكلية بل يكون متكونا من مسافات مجوفة منفصلة عن بعضها بطبقة رقيقة من منسوج خلائي واصغر هذه الاخلية حجما لا يشاهد الا بالمكرسكوب وأما ما كبر عن ذلك فيكون كأكياس في حجم قبضة اليد بل أزيد وما دامت هذه الاخلية صغيرة ومتساوية الحجم فان المبيض يكون على هيئة ورم منتظم أملس لكن متى نمت احدى الاخلية على هيئة كيس عظيم صار الورم غير مستو ذا حدبات ومتحصل هذه الخلايا يكون على العموم سائلا مصفر الزجاج عسليا لكن كثيرا ما يوجد في الاكياس العظيمة منها سائل مائي والاستحالة الخلوية

للبيض تتضاعف احيانا بسرطان هذا العضو
ومما يجب التنبيه عليه انه يوجد خلاف الاكياس المبيضية المذكورة أكياس تحتوى بدلا عن السائل المذكور على مواد شحمية اوشعرية ونحو ذلك والسطح الباطن لهذه الاكياس التى هى بدون شك عبارة عن حويصلات جراف المتغيرة يشابه فى تركيبه منسوج الجلد مشابهة عظيمة فى امتداد متفاوت فيكون مغطى بطبقة بشرية وموشحا بغدد عرقية ودهنية وبصيلات شعرية ويكون الشعر الناشئ منها قصيرا أوطويلا اشقر عادة وفى هذه الاكياس التى يختلف حجمها من الجوزة الى قبضة اليد يوجد احيانا أكياس سنية مع الاسنان واسنان سائبة وقطع عظمية تشابه الفكين حاملة لاسنان وشعر ساقط متلبد واحيانا توجد طبقات من كتلة عصبية دماغية مع مواد شحمية مصفرة صلبة أوسائلة واخلية بشرية وقد تكون هذه الاكياس عظيمة الحجم

(الاعراض والسير)

يندر ان تسبق الاكياس المبيضية باعراض الالتهاب المبيضى التى ذكرناها فى المبحث السابق والغالب ان تفقد الظواهر السابقة بالكلية بل والاكياس المبيضية نفسها لا ينتج عنها أدنى عرض مادامت صغيرة وغير ضاغطة على الاعضاء المجاورة وأما كونه ينتج عن هذه الاورام مكابدات أولا وأى نوع من المكابدات والعوارض وأى شدة تنتج فهذا انما يتعلق باختلاف وضعها فمثلا الاكياس المبيضية المتناسبة الحجم الكاينة خلف الرحم فى مسافة دوجلاس اى التقعير الرحمى المستقيمى الدافعة للرحم نحو المثانة يمكن ان ينتج عنها اضطرابات عظيمة فى البول تختلف باختلاف الجزء المنضغط فى المثانة فيوجد على الدوام تطلب للتبول أوعسر فيه وكذا التبرز قد يحصل فيه عوق عظيم بسبب ضغط اورام صغيرة وكذلك الضغط الواقع على الاعصاب السايرة على الجدار الخلفى من الحوض قد يحدث الاما فى القطن وكذا علامات انضغاط الجذوع العصبية لاحد الاطراف فتشاهد تارة آلاما وتارة احساسا بتنمل فى ذلك الطرف وبالضغط الذى تحدثه الاورام المبيضية على الجذوع الوريدية فى الحوض يحصل احيانا انتفاخات

اوذيماوية اوتمددات دوالية فى الاطراف السفلى وفى بعض الاحوال قد ينضم لهذه الظواهر تغيرات فى الثديين سيما انتفاخهما وتلون الحلمة المسمر بل وافراز مادة مصلية بيضا تعرف بالكلوروستروم وكذا القىء العرضى واضطراب البنية العام الذى يشابه ما يحصل فى ابتداء الحمل قد يصاحب كل منهما نمو الاكياس المبيضية

ومتى نمت هذه الاورام وارتفعت من الحوض الى اعلى زالت ظواهر الضغط على اعضاء الحوض فتظهر المرضى فى حالة استراحة محسوسة ولا يتضح وجود المرض الا بالعلامات المدركة التى سنذكرها ومع ذلك ففى بعض الاحوال قد تستمر عوارض الضغط المذكورة ولو مع نمو الورم فقد يحصل مثلا ان الجزء السفلى من الكيس يكتسب شكلا اسفينيا ويسقط الى اسفل ولو مع صعود باقى الورم المتزائد فى الحجم الى اعلا فتستمر اعراض الضغط الواقع منه فى الحوض الصغير على الاعضاء الكائنة فيه وقد تنجذب المثانة الى اعلا بارتفاع الورم فينتج عن ذلك احيانا مكابدات جديدة فى التبول وبازدياد الورم وتمدده تدريجا تتضايق تجويف البطن وتعاق حركات الحجاب الحاجز فيندفع الى اعلا وحينئذ تظهر اعراض ناتجة عن ضغط الاحشاء البطنية والاجزاء السفلى من الرئة ولذا يصير كل من امتلا المعدة ولو قليلا وتمدد الامعاء بالغازات متعبا للغاية فيحصل القىء بسهولة ويضيق النفس وتتضح علامات النزلات الشعبية بسبب الاحتقان التفمى الجانبى فى الاجزاء العليا من الرئة بل وافراز البول قد يتناقص تناقصا عظيما بالضغط الواقع على الكلية واخيرا يحصل اضطراب عظيم فى التغذية العامة بسبب الاضطرابات المختلفة التى تكابدها الاعضاء المعينة على تجديد التغذية وتكوين الدم ولذا تتضح اعراض الانيميا والاستسقاء العام وتضمحل القوى وتظهر نحافة الجسم وينقطع الحيض بالكلية وترتشح الاطراف السفلى وحينئذ تهلك المرضى عقب النهوكة العامة

ثم ان المدة التى تمضى الى الانتهاء المحزن تختلف اختلافا عظيما فقد تتمادى عدة سنوات لكن بعض المرضى يهلك بسرعة عقب طروامراض اخرى وربما هلك عدد عظيم عقب المعالجة غير الجيدة ونمو هذه الاورام غالبا لا يحصل

الاجزاء العليا من الرئة بل وافراز البول قد يتناقص تناقصا عظيما بالضغط الواقع على الكلية واخيرا يحصل اضطراب عظيم فى التغذية العامة بسبب الاضطرابات المختلفة التى تكابدها الاعضاء المعينة على تجديد التغذية وتكوين الدم ولذا تتضح اعراض الانيميا والاستسقاء العام وتضمحل القوى وتظهر نحافة الجسم وينقطع الحيض بالكلية وترتشح الاطراف السفلى وحينئذ تهلك المرضى عقب النهوكة العامة

ثم ان المدة التى تمضى الى الانتهاء المحزن تختلف اختلافا عظيما فقد تتمادى عدة سنوات لكن بعض المرضى يهلك بسرعة عقب طرو امراض اخرى وربما هلك عدد عظيم عقب المعالجة غير الجيد ونمو هذه الاورام غالبا لا يحصل بكيفية مستمرة بل متقطعة وقد شاهد اسنكسون فى احوال الا كان فيها يتزايد السائل فى الكيس و يتناقص تدريجا فكان قبل طرو الطمث يتزايد حجم الورم بازدياد افراز جدره و يتناقص عقب زوال الطمث وبعض الاكياس لا يبلغ الا حجما متوسطا ثم يستمر هكذا وقد شاهد فى حالة من احوال اكياس المبيض التى ظهرت عند المريضة وسنها ثمان عشرة سنة نموا سريعا ووصل لحجم مهول جدا وتمادى على ذلك عشرين سنة وانتهاء هذا المرض بالشفاء التام اى عقب امتصاص متحصله لم يمكن اثباته اثباتا كليا انما الظاهر ان هذه الاكياس احيانا تكابد ضمورا عقب ما يعترى جدرها من الاستحالة العظمية

ومن العوارض التى يمكن حصولها فى سير هذا المرض التهاب الطبقة الغمدية البريتونية وهو كثير اما ذاتى عقب نمو الاكياس السريع او ينشأ عن الاعمال الجراحية وهذا الالتهاب يتضح بآلام كثيرة الشدة او قليلتها تزداد بالضغط وكذا بظواهر حمية ولكون هذا الالتهاب يؤدى لالتصاق الاكياس المبيضية بالاجزاء المحيطة بها فمعرفته مهمة جدا بالنسبة لانذار عملية الاستئصال ومنها التهاب السطح الباطن من الكيس المبيضى وهو اندر من التهاب سطحه الظاهر واقل معرفة فى التشخيص و ينشأ غالبا عن بط الكيس الذى يعقبه تغير فى صفات متحصله وحينئذ يكون الاحساس المؤلم مفقودا بالكلية غالبا والعرض الوحيد لهذا التغير فى الغالب هو الحركة الحمية الخفيفة التى لا يسهل توجيهها

غالبا ومنها تمزق الاكياس المبيضية أحيانا عقب تمددها تمددا عظيما
اوبتأثير بعض مؤثرات ظاهرية وانسكاب متحصلها فى تجويف البطن
وباختلاف طبيعة متحصل هذه الاكياس تختلف الاعراض الناتجة عنها
فى الجودة والرداءة فهناك احوال يكون السائل المنسكب فى تجويف البطن
من الاكياس مصليا صافيا وحينئذ يمتص بسرعة ولا يمتلئ الكيس ثانيا
الا فيما بعد أولا يعود امتلاؤه ثانيا ومع ذلك ففى نفس الاحوال المذكورة
يكون انسكاب السائل المصلى فى تجويف البطن مصحوبا بآلام شديدة
واضطراب عام ثقيل واما الاحوال التى فيها يكون متحصل الكيس المتمزق
سائلا قوى التأثير اومشتملا على مواد شحمية اوشعرية اونحو ذلك فيحصل
الموت بسرعة عقب ظهور اعراض الالتهاب البريتونى الثقيل وفى الحالة
التى ذكرناها فيما تقدم حصل تثقب الكيس عقب ارتجاج الجسم الشديد
بعد مضى عشرين سنة من منشأ الكيس ولم يحصل ابتداء الالتهاب
بريتونى متوسط الشدة ولو كان متحصل الكيس المنسكب فى تجويف
البطن ثخينا جيلاتينيا تقريبا ومحتويا على كثير من الكولستيارين
فكأن هذه الواقعة بالنسبة لتلك المرأة كانت أمرا جيدا لأن بطنها الذى
هبط بالكلية عقب تمزق الكيس اخذ فى الامتلاء تدريجا بحيث انه عما
قليل من الاسابيع وجد اكثر توترا عما كان ولا شك ان السطح
الباطن من الكيس المتمزق عاد يفرز ثانيا وانسكب متحصله فى تجويف
البطن وانضم لذلك نضح بريتونى وقد اضطر الحال لتكرار البذل ففى المرة
الاولى استفرغ مقدار ٣٠٠٠٠ سنتيمتر مكعب من مخلوط مكون من افراز
الكيس والبريتون وقد بلغ بالوزن واحدا وخمسين رطلا اعنى ثلث وزن
جسم المريضة قبل البذل وبعد البذل الرابع ببعض اسابيع هلكت
المريضة فى حالة نهوكة والصفات التشريحية أيدت التشخيص المفعول
مدة الحياة وبالجملة فالاكياس المبيضية عوضا عن كونها تتمزق بغتة قد
تنفتح تدريجا عقب حصول التهاب فى جدرها او ينسكب متحصلها اما فى
تجويف البطن أواعضاء اخرى مجاورة عقب التصاقها بها وأكثر ذلك
مشاهدة انفتاح هذه الاكياس فى المستقيم وحصول ضمور مستمر فيها

وبالبحث

وبالبحث الطبيعي يمكن معرفة الاكياس المبيضية غالبا ولو لم تكن صعدت الى أعلى من الحوض الصغير فانها اذا كانت موضوعة في مسافة دوجلاس او بين الرحم والمثانة أو على جانبي الرحم احس الطبيب باصبعه عند البحث من المهبل عن هذه الاصقاع بورم ظاهر محدود كثير الحركة او قليلها وهذا الورم تبعا لوضعه يحول الرحم الى اتجاهات مختلفه واحيانا يمكن الوصول الى الكيس من المستقيم وكلما اتضح ان هذا الورم غير تابع لحركات الرحم الا بكيفية غير تامة تأكدت لنا حقيقة التشخيص

واما اذا صعد الكيس المبيضي من الحوض الى اعلى فيكون اعلى من الفرع المستعرض للعانة ورما متصورا كما محدودا من الاعلى تحديدا جيدا ذا شكل مستدير غير منتظم وفي هذا الورم يحس بتموج كثير الوضوح او قليله واذا رفع هذا الورم باحدى اليدين وكانت الاخرى موضوعة في المهبل لاجل البحث وجدان الرحم لا يتحرك مع الورم الا عند فعل حركات عظيمة والعكس بالعكس

ومتى نما الورم نموا عظيما امتد جهة الخط المتوسط والاكياس المبيضية العظيمة التي تصعد الى أعلى من جهتي البطن الى حافات الاضلاع وتملأ جهتي البطن لا يمكن تحديدها تحديدا واضحا ولا معرفة كونها اوراما منفصلة وتمدد البطن العظيم وبروزه يكون أعظم من عرضه ولا يتغير شكله عند الاوضاع المختلفة للجسم وزيادة عن ذلك فيكون ذا شكل غير منتظم عند البحث بالنظر والجس وهذه الظاهرة تدل على تكون الورم من جملة أكياس مختلطة ببعضها وصوت القرع في جميع المحال التي فيها الورم يلامس الجدر البطنية يكون أصم ولكون الامعاء تندفع الى الاعلى والجانبين بواسطة ورم المبيض تتضح الاصمية بكثرة خصوصا في الجهة المقدمة من البطن التي فيها يكون صوت القرع في احوال الاستسقاء الزقي ممتلئا أي رنانا واما في الجهات الجانبية السفلى فيكون الصوت قليل الأصمية وطبليا ويحصل في الرحم تحولات مختلفة بواسطة دفع الاورام المبيضية العظيمة الحجم وعلى ذلك تكون نتيجة البحث من المهبل مختلفة باختلاف الاحوال فان الرحم قد يكون مندفعا الى اسفل اندفاعا عظيما جدا بحيث يحصل فيه سقوط وتارة

يندفع الى الامام وتارة ينجذب الى اعلى بحيث يستطيل المهبل ويتمدد ولا يمكن الوصول الى فوهة الرحم

وتشخيص الاكياس المبيضية الجادية يرتكن فيه الى القوام الجيبي والنمو البطئ فيهما ولا يندر التهاب تلك الاكياس وتقيحها وبذلك يحصل انثقاب اما فى المثانة أو المستقيم او المهبل او الجدار المقدم من البطن وفى بعض هذه الاحوال قد حصل بعد تقيح الكيس شفاء تام

(المعالجة)

معالجة الاكياس المبيضية تكاد تختص بفن الجراحة وجميع الوسائط المساعدة على الامتصاص ليس لها ادنى نتيجة بل الغالب انها تكون مضرة حيث كان اغلبها اقوى التاثير ومثل ذلك يقال بالخصوص بالنسبة لاستعمال المركبات اليودية والزئبقية وقد يحصل وقوف فى نمو الكيس بواسطة استعمال المسهلات الشديدة والحمية القاسية لكن حيث لا يمكننا التمادى على هذه الطريقة الازمنا قليلا جدا فنجاحها ليس الا وقتيا فلا منفعة فيها بالنسبة للمرضى فى وقوف الورم بعض زمن فى النمو ورجوعه عما قليل الى التزايد ولا يؤمل كذلك باستعمال الجواهر الدوائية من الباطن باحداث تغير فى جدر الكيس به يفقد قابلية تمدده ومع انه ثبت بالتجارب ان المعالجة الدوائية ليس لها ادنى ثمرة لكن لا مانع من استعمال بعض المعالجات اللطيفة لاجل تسكين روع المرضى خصوصا استعمال بعض الحمامات المعدنية كمياه كريتزناخ وتلس

واما المعالجة العرضية فتختلف دلالتها باختلاف حالة المريض بان كان هناك ظواهر تدل على اختناق بعض الاعضاء المجاورة او التهاب فى الطبقة البريتونية اوتغير فى التغذية العامة اوخلافها من الظواهر المهددة لحياة المريض فيجب معالجة كل منها بما يليق به واما دلالات البذل أو الحقن او الاستئصال فهذا من خصائص علم الجراحة

وعملية استئصال المبيض التى تعتبر من العمليات الخطرة جدا ولا تستعمل الا فى الاحوال التى فيها يكون الورم بسبب عظم حجمه وسرعة نموه وعظم المكابدات الناشئة عنه مهددا لحياة المرضى قد فعلت بكثرة فى العشر سنين

الاخيرة من كثير من الجراحين وفى الحقيقة وجدت نتائجها جيدة للغاية لاسيما عند اجراء تلك العملية من أيادى جراحين متمرنين عليها ومجربين فيها فقد تحصل المعلم اسبنسر ولس فى خمسمائة عملية من استئصال المبيض على ثلاثمائة واثنين وسبعين انتهاء بالشفاء ومائة وثمان وعشرين انتهاء بالموت

(المبحث الثالث فى التولدات المرضية الجديدة)

(المضاعفة للمبيضين واورامهما الصلبة)

قد ينشأ ورم كيسى لحمى بتكون جديد عظيم من أخلية منسوج ضام فى المبيض صاحب نمو الاكياس وهذا الكيس اللحمى يكون ورما يندر ان يصل الى عظم الاورام المذكورة فى المبحث السابق

وفى أحوال نادرة قد تتكون اورام ليفية بسيطة فى المبيضين غير مضاعفة بتولدات متكيسة ومع ذلك فقد شوهدت ذات حجم عظيم وانى الآن لمعالج لامرأة سنها نحو خمس وخمسين سنة مصابة بورم ليفى حجمه كرأس الطفل صلب مركب من عدة تعقدات كائن فى المبيض الايمن ويمكن تزحزحه يمينا وشمالا ولفه على محوره بسهولة

وأكثر من ذلك حصولا احوال السرطانات المبيضية ولا يكاد يشاهد من أشكال السرطان فى المبيض الا النخاعى واما الاسكيروس والهلامى فنادر وقد يكتسب سرطان المبيض بمضاعفته بتكون كيسى حجما عظيما ويكاد يمتد هذا التكون الجديد الى أجزاء ممتدة من البريتون على الدوام وكل من الصلابة العظيمة للورم ذى التحدبات واختلاف سيره عن السير الاعتيادى للاكياس المبيضية قد يحكم به مع تفاوت فى التأكيد على ان الورم ليس مجرد كيس فى المبيض وفى غالب الاحوال يبقى التشخيص مبهما وقد تيسر لى فى حالة استسقاء زقى عظيم شاهدتها تشخيص سرطان بريتونى ناشئ من المبيض قبل فعل البذل وظهور تحدبات ورم المبيض وذلك عقب رفض جميع اسباب الاستسقاء واعتبار قول المريض بوجود آلام فى الجهة اليمنى السفلى من البطن والفخذ الايمن وتمددات دوالية فى أوردة هذا الطرف وماقيل فى معالجة الاكياس المبيضية يقال فى معالجة أورام المبيض المذكورة هنا وزيادة عن ذلك

فالاستسقاء الزقى هنا اندار اكثر ثقلا مما تقدم

الفصل الثانى فى امراض الرحم

(المبحث الاول فى الالتهاب الرحمى النزلى)

(والقروح النزلية للجزء المهبلى من الرحم)

(كيفية الظهور والاسباب)

الغشاء المخاطى الرحمى يكون فى مدة الحيض مجلسا لاحتقان شديد جدا بحيث يعترى اوعيته الممتلئة تمزق وقبل ان يصل الاحتقان الى هذه الدرجة وفى الزمن الذى ياخذ فيه فى التناقص يكون الافراز المخاطى الرحمى متزايدا ومتغيرا وهذا الالتهاب النزلى الطبيعى يصير مرضيا متى استمر احتقان الغشاء المخاطى وتغير افرازه زيادة عن وقت الحيض الطبيعى او حصل فى زمن لم ينقذف فيه بيضة تامة النضج من المبيض اعنى فى زمن غير زمن الحيض ومتى اعتبرنا هذه الحالة سهل علينا توضيح كثرة حصول الالتهابات النزلية الرحمية اذلا يوجد التهابات نزلية فى غشاء مخاطى آخر اكثر من هذا المرض سوى النزلات المعدية فان الغشاء المخاطى لهذا العضو يكون مجلسا ايضا لاحتقانات فسيولوجية

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب الرحمى النزلى يختلف باختلاف اطوار الحياة ففى سن الطفولية الذى فيه لا تحصل احتقانات دورية طبيعية فى الرحم يندر هذا المرض ويكثر جدا فى سن البلوغ وفى زمن اليأس يتناقص هذا الاستعداد بالكلية

ومن الاسباب المهمة للنزلات الرحمية الاحتقانات الاحتباسية لاوعية الرحم كالتى تحصل اما من امراض القلب او الرئتين التى ينتج عنها عوق فى استفراغ الدم ورجوعه الى القلب الايمن فان عوق استفراغ الدم من الاوردة الرحمية يحدث شكل الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى فى هذا العضو فيشابه حينئذ الحالة السيانوزية والظواهر الاستسقائية فى غير هذا العضو من الاعضاء وفى كثير من الاحوال يكون سبب هذا الالتهاب الرحمى النزلى الضغط الواقع بواسطة الاورام او بالمواد الثفلية الصلبة المجتمعة فى المستقيم او التمريح السيئى وقد اشرنا فيما تقدم الى ما هو معلوم من ان بعض

المرضى اللاتى اعتراهن نزلات رحمية قد يتركن معالجة اطبائهن ولو كانوا من المشاهير فى معالجة امراض النساء وييأسن منهم لقلة النجاح فيقعن فى ايدى الدجالين او يباشرن استعمال حبوب مور يسون ونحوها ولم ننكر ان مثل هاتيك المرضى قد يحصل عندهن راحة متفاوتة فى المدة زيادة عما كن عليها باستعمال هذه الوسائط المسهلة المقول بانها وسائط علاجية نوعية عمومية ومنها ان الالتهابات الرحمية النزلية تنشأ عن التهيجات اللاواسطية المؤثرة على الرحم لاسيما التهيجات التى تؤثر على هذا العضو فى حالة الاحتقان الصحى ولذا يحصل الالتهاب الرحمى النزلى بسهولة عظيمة جدا متى اثر مهيج على الرحم مدة الحيض والتهيجات الواصلة التى يكابدها الرحم كالجماع المتكرر العنيف والسحاق والاحتكاك بقضبان صناعية اوحمل فرازج أونحو ذلك من المهيجات من هذا القبيل ومن هذا يعد أيضا النزلات الرحمية التى تضاعف امراضا أخر فى هذا العضو كالالتهاب الرحمى الجوهرى وكالتولدات الجديدة فى هذا العضو ويعتبر التهاب الرحم هنا عرضيا ومنها ان النزلات الرحمية تكون متعلقة بالامراض العامة فكثيرا مايشاهد الالتهاب الرحمى النزلى الحاد فى أحوال التيفوس والهيضة والجدرى وغيرها من الامراض التسممية العامة وكذا يشاهد الالتهاب الرحمى النزلى المزمن مصاحبا عادة للغلوروزوداء الخنازير والسل والارتباط السببى بين الاضطراب الغذائى الموضعى الرحمى و بين هذه الامراض غير واضح كما تقدم مرارا ومنها ان الالتهاب الرحمى النزلى قد يظهر ظهورا وبائيا تقريبا أى انه يكثر حصوله فى بعض الازمنة بدون سبب معلوم ينسب اليه والظهور الوبائى للالتهاب الرحمى النزلى لا يعنى به الا النزلات الرحمية التى تحصل فى بعض الازمنة بدون اسباب معلومة وحصولها يكون بكثرة عما يشاهد فى أزمنة اخرى

(الصفات التشريحية)

يندر ان تشاهد التغيرات المرضية للالتهاب الرحمى النزلى الحاد فى الجثة لكن هذه التغيرات لا تخالف التغيرات الاخر التى تشاهد فى أحوال

لالتهابات النزلية لاغشية مخاطية اخرى فيوجد حينئذ احتقان وانتفاخ ورخاوة ولين فى الغشاء المخاطى وتناقص فى الافراز المخاطى ابتداء ثم يتزايد بكثرة وفى الدور الاول يكون هذا الافراز صافيا ومحتويا على قليل جدا من الاخلية ثم يصير مصفرا ومحتويا على أخلية بكمية عظيمة

واما فى احوال الالتهاب الرحمى النزلى المزمن فيكون الغشاء المخاطى كثر انتفاخا وفى حالة ضخامة ولونه أحمر مسمر أو سنجابى داكن والافراز الذى يخرج من تجويف الرحم يكون صديديا وكثيرا ما يكون مختلطا ببعض اشرطة دموية واما الافراز الذى يخرج من قناة عنقه فيكون لزجا متماسكا ومكونا لسدد هلامية وعند استمرار هذا التغير المرضى زمنا طويلا يتغير منسوج الغشاء المخاطى فعوضا عن الطبقة البشرية الهدبية تظهر طبقة بشرية أخرى غير هدبية ويزول بعض الاجربة وينتفخ بعضها على هيئة أكياس وفى كثير من الاحوال يكون السطح الظاهر من تجويف الرحم لاسيما جداره الخلفى متوشحا بتحببات سطحية سهلة الادماء وبتولدات بوليبوسية وكثيرا ما يبرز من فوهة الرحم المتمددة جدا خصوصا عند وضع منظار رحمى واسع الغشاء المخاطى المنتفخ المحبب وكثيرا ما يشاهد فى قناة عنق الرحم وفى محيط فوهته تحببات مستديرة فى حجم حبة الدخن او البسلة ممتلئة بسائل شفاف وهى عبارة عن اجربة الجزء المهبلى المتمدد بسبب انسداد فوهتها واستمرار حصول الافراز فى باطنها

وكذا يشاهد كثيرا فى فوهة الرحم القروح النزلية التى توجد فى أغشية اخرى فى حالة الالتهابات النزلية تكون على شكلين اما على هيئة القروح المنتشرة النزلية اى التسلخات النزلية وكثيرا ما يوجد هذا الشكل فى الشفة الخلفية لفوهة الرحم وقد يمتد الى شفته المقدمة وفقد الجوهر هنا يكون سطحيا جدا وذا شكل غير منتظم وقاع احمر مسمر مغطى غالبا بنضح صديدى واما على هيئة اخرى فيسمى بالقروح الجرابية وينتج عن تمزق وتقيح بعض الاجربة المنسدة وفقد الجوهر فيه يكون صغيرا مستديرا ولا ميل له الى الامتداد عرضا وهنالك شكل اخر من القروح يصاحب بكثرة الالتهابات الرحمية النزلية وهو قروح عنق الرحم الحبيبية وتتميز عن التسلخات البسيطة التى

يظهر انها تنشأ عنها وتعرف بسطحها غير المنتظم الحبيبي الذى يدمى بسهولة عظيمة والصفة الرخوة للحبيبات تمنع من اختلاط القروح الحبيبية بالتسلخات البسيطة فان هذه الاخيرة متى كان مجلسها على سطح موشح بحبيبات جرابية متقاربة لبعضها وذات بروزات تكتسب هيئة حبيبية كذلك

(الاعراض والسير)

الالتهاب النزلى الشديد للرحم ذو السير الحاد نادر ما عدا الشكل الزهرى منه وسنتكلم عليه فيما بعد وفى العادة يبتدئ هذا المرض باعراض الاحتقان الشديد نحو الاعضاء التناسلية الكائنة فى الحوض وبآلام ممزقة فى القطن وفى قسمى الاربيتين مع احساس بامتلاء وثقل فى الحوض وبعسر فى التبول وبزحير أيضا غالبا و بالضغط على البطن الاسفل تتألم المرضى ولو لم يحس عند الجس بالرحم من خلال الجدر البطنية وفى أحوال هذا المرض الخفيفة لا تكون هذه الظواهر مصحوبة باعراض حمية عادة وأما فى أحواله الشديدة سيما التى تظهر عند الاشخاص ذوى الحساسية العظيمة فلا يندر أن تكون مصحوبة باعراض حمية ثم بعد مضى ثلاثة أيام او أربعة تدرك المرضى خروج سيلان من أعضاء التناسل يكون فى الابتداء شفافا وفيه بعض لزوجة ويحدث فى ملابس المرضى بقعا سنجابية وفيما بعد يصير هذا السيلان غير شفاف قيحيا كثيرا او قليلا ويترك فى الملابس بقعا مصفرة واذا وضع المنظار الرحمى فى المهبل وهى واسطة مؤلمة جدا متى كان المهبل مشتركا فى الالتهاب مع الرحم وجد عنق الرحم منتفخا ذا لون أحمر داكن ويشاهد أيضا خروج الافراز المذكور سائلا من فوهة الرحم وهذا السائل يكون ذا صفة قلوية عكس الافراز المهبلى فانه يكون ذا صفة حمضية وفى غالب الاحوال تزول الآلام والحمى معا بعد مضى ثمانية أيام أو أربعة عشر يوما ويتناقص السيلان أيضا ويفقد هيئته القيحية ثم يزول بالكلية وفى أحوال أخرى تعقب اعراض الالتهاب الرحمى النزلى الحاد باعراض الشكل المزمن منه

ثم ان الاحوال الاخيرة أى التى فيها يعقب الالتهاب الرحمى النزلى الحاد بالالتهاب الرحمى النزلى المزمن اندر من الاحوال التى فيها تحصل

الظواهر الخاصة بالالتهاب الرحمي المزمن ابتداء وفي مثل هذه الاحوال يكاد ابتداء المرض لا يكون واضحا حتى يتأكد من معرفته فان المرضى عادة لا تلتفت التفاتا كليا للسيلان الذي يكون مدة طويلة من الزمن هو العرض الوحيد لهذا المرض مادام هذا السيلان غير غزير بحيث لو سئلن عن ابتدائه لكدن أن يجبن على الدوام بجواب غير قطعي وكمية السيلان المنفرز كل يوم تختلف اختلافا عظيما فتارة تكون قليلة وتارة غزيرة بحيث تلتجئ المرضى لتغير الملابس يوميا أو وضع مناديل منثنية جملة ثنيات مدة الليل ويستدل من كون السيلان متعلقا بنزلة رحمية بخروج سدد مخاطية زجاجية اللون زمنا فزمنا وكانت البقع المتخلفة عن الافراز في الملابس سنجابية جافة واما السيلان الصديدي الذي يخلف بقعا مصفرة فلا يمكن معرفة كونه آتيا من الرحم او المهبل وكلما أثر الافراز تأثيرا مهيجا على السطح الباطن من الفخذين قوى الظن بان جزأ منه بالاقل آت من المهبل وفي الادوار الاخيرة لهذا المرض لا يندر احتباس هذا السائل في تجويف الرحم بسبب انتفاخ ثنيات الغشاء المخاطي والسدد المخاطية السادة لعنق الرحم وحينئذ يمتلئ تجويف الرحم ويتمدد وفي مثل هذه الاحوال تحصل أحيانا انقباضات مؤلمة في الرحم كآلام الطلق تعرف بالمغص الرحمي وكلما استطالت مدة الالتهاب الرحمي النزلي وتقدم تغير الغشاء المخاطي عن حالته الطبيعية كلما كثرت مشاهدة اضطراب الاحتقان الفسيولوجي للرحم الذي يطرأ مدة الحيض بظواهر مرضية واكثرها المكابدات الشديدة التي تطرأ قبل الحيض والآلام التي تحصل في أثنائه أعني عسر الحيض وفي احوال أخرى قد يحصل فقد دموي من الرحم وفي غيرها يتناقص أو يفقد بالكلية واما الحمل فلا يمتنع دائما والتجارب التي تثبت حمل بعض المصابات بالتهابات رحمية شديدة مستعصية جدا تدل على ان النزلة الرحمية في حد ذاتها لا تمنع الحمل بل الذي يمنعه هو امتدادها الى البوقين وانسدادهما بالمتحصل المرضي للغشاء المخاطي هو السبب الرئيس لعدم الحمل فحينئذ لا مانع من حمل المصابات بالالتهاب الرحمي النزلي المزمن الا انهن يكن عرضة للاجهاض والوضع الغاير اى

المركزى للمشيمة وقد ظهر وثبت ان كلا من الوضع الغاير للمشيمة والعقر عند المصابات بما ذكر هو صعوبة تشبث البيضة بالغشاء المخاطى ففى الحالة الاولى لا تثبت البيضة عند فوهة البوقين بل فى محل غاير من الرحم وفى الثانية لا تحجز عند الفوهة الباطنة من عنق الرحم بل تسقط منه وتفسد وبتكون العنبات الشفافة المعروفة بعنيبات نابوت الناتجة عن نمو أجربة الرحم والقروح النزلية والجرابية فى فوهة الرحم لا تتنوع اعراض الالتهابات الرحمية النزلية تنوعا عظيما واما القروح الحبيبية التى تحصل أحيانا فى هذا المرض فكثيرا ما تكون سببا للاحساسات المؤلمة وسهولة النزيف عند الجماع وتؤدى بسهولة لحصول الاضطرابات العصبية التى سنذكرها فيما بعد وتأثير النزلات الرحمية المزمنة فى الصحة العامة يختلف اختلافا عظيما فثم نساء يحملن هذا المرض ولو شديدا مدة مستطيلة مع بقاء صحتهن العامة وقوتهن وهيئتهن الجيدة وهناك من يحصل لهن نحافة بسرعة فتنحط قواهن ويصيرلون جلدهن باهتا وسخا وتحاط أعينهن بهالة مزرقة وكثيرا ما تشاهد الاضطرابات العصبية العامة المختلفة عند المصابات بالتهابات رحمية مزمنة وينشأ ذلك اما عن حالة الانيميا الموجودة فيهن او عن تهيج الفريعات العصبية الرحمية وامتداد هذا التهيج المرضى الى اعصاب أخرى بطريقة انعكاسية واكثر هذه الاضطرابات مشاهدة هو الثوران العصبى العام وكذلك الآلام والتشنجات العصبية أو الاستريا الواضحة (راجع مبحث الاستريا) ويعد من التقدمات العظيمة للطب الوقوف على كثرة الارتباط بين هذه الظواهر العصبية الايستيرية والنزلات الرحمية وغيرها من امراض الرحم واثبات ذلك بالمشاهدات اللاواسطية ومعالجتها معالجة لائقة لكن قد صار الوقوع فى خطاء مضاد لذلك فى هذا العصر وذلك لانه اعتبرت كل استريا متعلقة بمرض فى الرحم بلا تبصر فى حقيقة الامر وضرب صفحا عن باقى أسباب الاستريا فانه لا شك انه من منذ ما اتجهت الافكار فى هذا المرض نحو الجزء المهبلى من الرحم وكادت تترك معالجة الاستريا من العوام والاطباء الى الاطباء المختصين بامراض النساء شفى كثير من المصابات بالاستريا وكانت تبقى سابقا

بلا شفاء لكن من جهة أخرى كثيرا مالا يبرأ منهن الآن وكان فى الازمنة السابقة يحصل على فائدة من الاطباء ولذا كان من الواجب على كل طبيب الاشتغال بامراض النساء ولو بدرجة ما و يمارس حق الممارسة استعمال المنظار الرحمى فان لم يجر الطبيب المعالجة الموضعية بنفسه ساغ له ان يتركها لطبيب خاص بامراض النساء لكن يحفظ لنفسه الحكم بان كان يلزم اجراء هذه المعالجة الموضعية ام لا والفضل للاطباء المخصوصين بهذا الفن فى زوال امتناع النساء بالنسبة لاستعمال المنظار تقريبا فانه فى الطبقة العليا من العائلات يعلم كل من الزوجين بانه لابد من استعمال المنظار عند وجود السيلان الابيض بل وفى العائلات الوسطى لايجد الطبيب ذو الامنية ادنى عائق عندما يؤكد بان البحث بالمنظار واجب ولذا لا ينبغى للطبيب فى مثل هذه الاحوال ترك البحث بهذه الآلة اذ به يمكن الوقوف بالدقة على ينبوع السيلان ومعرفة أغلب تغيرات فوهة الرحم التى شرحناها فيما تقدم واما البحث بالاصبع فلا يكفى الا فى معرفة وجود انتفاخ الجزء المهبلى من الرحم الذى كثيرا ما يصاحب النزلات الرحمية وفى وجود العنيبات النابوتية وسير الالتهاب الرحمى النزلى مزمن غالبا اذ كثيرا ما يمتد عدة سنين ويقاوم المعالجات الجيدة ومن نتايجه الالتهابات الرحمية الجوهرية المزمنة اوتقوسات الرحم وانسداد قناة عنقه وسيأتى ذلك موضحا كل فى مبحثه على حدته :

(المعالجة)

اتمام ماتستدعيه المعالجة السببية فى هذا المرض من أهم الامور فاناوان اعترفنا بتقدمات الاطباء المتجددين المختصين بمعالجة امراض النساء واتضحت لنا نتايج معالجتهم فى النزلات الرحمية وتفضيلها عن نتايج الطرق العلاجية القديمة لايخلو ولا بد البعض منها من توجه الاعتراض عليه وذلك لانهم يلتفتون كل الالتفات لاتمام ماتستدعيه معالجة المرض نفسه بدون التفات الى ماتستدعيه المعالجة السببية له فالدلالة السببية فى الاحوال التى يكون فيها الالتهاب الرحمى النزلى ظاهرة متعلقة باحتقان دموى وريدى احتباسى كالناتج عن أمراض القلب والرئة لايمكن اتمامها

غالبا وفى الاحوال التى يكون فيها احتقان الرحم ناتجا عن امساك مستعص اعتيادى تكون معالجة هذا المرض على حسب القواعد المذكورة فى مبحثه ناجحة ولذا لا يجوز الشروع فى المعالجة الموضعية للرحم إلا بعد التأكد من ان ازالة الامساك الاعتيادى بانفراده ليس كافيا فى الشفاء فى مثل هذه الاحوال وكثيرا ما يوصى بعد المعالجة الموضعية القوية للنزلات الرحمية بمعالجة تابعية بواسطة تعاطى المياه المعدنية المسهلة وغيرها من المسهلات اللطيفة وتكون هذه الاخيرة اكثر نجاحا من المعالجة الموضعية وذلك لانها يترتب عليها ازالة سبب هذا المرض وكذا من المعلوم انه ينبغى ازالة أو تجنب جميع المؤثرات المضرة المهيجة للرحم أو المحافظة لتهيجه ومن هذا القبيل استئصال التولدات الغريبة المتكونة فيه ومعالجة بعض الامراض العضوية الاخرى الناتج عنها الالتهاب الرحمى النزلى المزمن واما النزلات الرحمية المتعلقة بتغيرات بنية عمومية كالانيميا والخلوروز وغير ذلك فينبغى قبل معالجتها الالتفات الى حالة البنية العامة فتستعمل مثلا الاستحضارات الحديدية والكينا والاغذية المقوية وتعاطى النبيذ بمقدار مناسب فى الاحوال التى تكون فيها هذه الالتهابات ناتجة عن الانيميا او الخلوروز وكذا النجاح الذى يحصل احيانا من الحمامات الباردة والبحرية والمعدنية والمغطوسات الباردة وتنويع حالة المرضى وتغذيتهم ومعيشتهم فى احوال النزلات الرحمية المزمنة يعد ايضا من دلالات المعالجة السببية المؤثرة على عموم البنية

واما معالجة المرض نفسه فان الدلالات العلاجية فى احوال الالتهاب الرحمى النزلى يسهل اتمامها اكثر من غيره من الالتهابات النزلية لاغشية مخاطية أخرى بعدم الوصول اليها وكثيرا ما ذكرنا عدم منفعة الوسائط العلاجية المستعملة من الباطن المقول عنها انها مضادة للالتهابات النزلية فانها فى معالجة الالتهابات الرحمية النزلية لا حاجة لها بالكلية ولذا ان ملح النوشادر الذى لم يزل يزعم كثير من الاطباء انه جيد التأثير فى النزلات الشعبية والمعدية والمعوية ليس له أدنى استعمال فى النزلات الرحمية فانه يوجد عندنا وسائط اكيدة جيدة فى هذا المرض ومن زعم بانى اقول ان

المعالجة الموضعية للالتهابات الرحمية النزلية غير ضرورية وانى أحط بقدر
تنايجها فقد اخطأ وانما اردت فيما تقدم ان أشير الى انه لاينبغى التمسك
باحدى الدلالات العلاجية واهمال الاخرى فى جميع الاحوال التى فيها
لايمكن معرفة سبب النزلات الرحمية وهى الكثير الغالب ينبغى فعل معالجة
موضعية وكذا تستعمل هذه المعالجة فى جميع احوال النزلات الرحمية والتى
استمر فيها هذا المرض زمناطويلا على الخصوص المضاعفة بقروح سيما
الحبيبية مع ملاحظة الوسائط العلاجية الموجهة نحو سبب هذا المرض
كماذكرنا ومن الوسائط العلاجية الموضعية نذكر ابتداء الحقن فى المهبل
وفى الزمن المتقدم عن هذا العصر كانت هذه الواسطة هى الوحيدة المستعملة
فى احوال السيلان الابيض للنساء سواء كان آتيا من الرحم أو المهبل وهذه
الواسطة وان كانت مساعدة فى المعالجة وأقل ماهنالك فى النظافة فلا تكفى
فى شفاء هذا المرض مثل الطرق الآتية ويكون الحقن فى النزلات الرحمية
الحادة بالماء الفاتر أو المغليات الملينة الفاترة وفى النزلات المزمنة يحقن
ابتداء بالماء الفاتر ثم بالماء المنحطة درجة حرارته شيئا فشيئا أو بمحلول سلفات
الخارصين او التنين أو الشب والاجود هنا استعمال الحقنة ذات الطلومبة
لا البسيطة ذات الخرطوم المرن المثقب وذلك لاجل ادخال كمية عظيمة من
السائل بدون احتياج لخروج خرطوم الطلومبة وادخاله فى المهبل مرارا
وتهييج المهبل وعنق الرحم بلا فائدة ويوصى أيضا فى احوال الالتهاب
الرحمى النزلى الحاد بارسال العلق على فوهة هذا العضو سيما اذا كانت
النزلات شديدة جدا وكذا تستعمل هذه الواسطة فى الالتهابات النزلية
المزمنة للرحم عند امتداد الالتهاب الى جوهره أو متى حصل ثوران فى
المرض مصحوب باحتقان شديد نحو اعضاء الحوض وكذلك قد أوصى المعلم
اسكانسونى بارسال العلق أيضا فى الاحوال التى توجد فيها قروح حبيبية فى
فوهة هذا العضو ويوضع امابيد الطبيب اوقابلة متعودة على فعل هذه
العملية مع جزم الطبيب بمعرفتها وعلى كل فالاطباء المختصون بامراض
النساء قد رجعوا عن الاكثار من ارسال العلق على فوهة الرحم فى
معالجة الالتهابات الرحمية المصحوبة بتقرحه عكس ما كان يحصل من

الافراط فى الاستعمال سابقا والواسطة القوية فى معالجة الالتهابات الرحمية النزلية المزمنة سيما المصحوبة بتسلخات نزلية اوقروح جرابية فى الجزء المهبلى من الرحم هومس فوهة الرحم اوقناة عنقه بحجر جهنم اوبمحلول مركز منه ولاجل تجنب قصف قلم الحجر الجهنمى فى قناة عنق الرحم يستعمل ما كان محمى منه مرتين على النار أو المضاف اليه بعض قمحات من ملح البارود لاجل تصلبه فالقلم المصنوع بهذه المثابة يمكن ادخاله فى قناة عنق الرحم بدون خوف وان حصل نزيف عند الكى بالحجر الجهنمى الصلب او بعده وذلك كثير الوقوع حتى فى القروح البسيطة ينبغى استعمال محلول مركز من هذا الجوهر (جزء منه على جزئين أو أربعة من الماء المقطر) والافضل من صب هذا السائل فى منظار مس الجزء المريض به بفرشة ناعمة وهذه العملية ينبغى تكرارها كل أربعة أيام أو ثمانية الى أن يتناقص السيلان و يكتسب الجزء المهبلى من الرحم هيئته الطبيعية والمعالجة بهذه الطريقة فى احوال النزلات المزمنة للرحم ذات نجاح عظيم جدا بحيث ان مس فوهة الرحم وقناة عنقه فى احوال التهاباته النزلية المزمنة بالحجر الجهنمى او محلوله المركز يعد من التقدمات العظيمة المتجددة للطب العملى والالم الذى ينتج عن كى فوهة الرحم بهذا الجوهر ليس عظيما فى اكثر الاحوال وفى بعضها يكون شديدا للغاية فقد ينشأ عن ادخال قلم الحجر الجهنمى فى قناة عنق الرحم دخولا غائرا انقباضات مؤلمة فى الرحم تستمر جملة ساعات وزيادة عن استعمال الحجر الجهنمى فى التسلخات النزلية لفوهة الرحم وقروحها الجرابية تستعمل جواهر أخرى كحمض الخليك ومحلول نترات الزئبق وكبريتات الالومين (أعنى الحجر الالهى) ومحلول فوق كلورور الحديد فاما حمض الخليك فيفضل استعماله فى قروح فوهة الرحم التى لها ميل عظيم الى النزيف واما محلول نترات الزئبق والحجر الالهى خصوصا فيستعمل كل منهما فى الاحوال التى فيها لم يجد استعمال الحجر الجهنمى نفعا ومن الوسائط الكبيرة النفع جدا فى مثل هذه الاحوال الحديد المحمى لكن عدم كثرة استعماله مبنى على انزعاج المرضى منه وتأثيره المفزع لا عن كثرة آلامه ولا عن خطر يتوهم فيه

والقروح الحبيبيه السهلة الادماء لاوعية الرحم يستعمل فى معالجتها مع النجاح العظيم صب حمض الخليك فى المنظار فانه واسطة قوية النجاح اذ بذلك يقف النزيف فى كثير من الاحوال وذلك أأكد من استعمال فوق كلورور الحديد والشب اللذين يفضل استعمالهما على الحالة الطبيعية لا المحلولة فى الماء وفى بعض الاحوال المستعصية أعنى التى لا تثمر فيها الطرق السابق ذكرها والتى يظن فيها بوجود تغير مرضى فى تجويف الرحم نفسه يلتجأ للحقن فى تجويف هذا العضو والمستعمل فى ذلك عادة محلول نترات الفضة (من خمسة دسى جرام على ثلاثين جراما من الماء المقطر أعنى من نصف جرام منه على أوقية من الماء) والحقن بهذه الكيفية أقوى وأشد من مس فوهة الرحم بالحجر الجهنمى وعند وجود الاستعداد للنزيف الرحمى بسبب ضخامة الغشاء المخاطى الرحمى يحقن أيضا بمحلول فوق كلورور الحديد أو صبغة اليود أو محلول الشب أو التنين او حمض الكربوليك كما أوصى به بعضهم وهذا الحقن بقطع النظر عن امكان نفوذ السائل من البوقين الى تجويف البطن قد يعقبه احداث مغص رحمى شديد بل التهاب رحمى حاد أو رحمى دائرى ينتهى بالموت احيانا ولذا ان اجراء الحقن فى باطن الرحم يستدعى احتراسات عظيمة جدا بمعنى انه يحقن بواسطة قساطير مرنة أو بواسطة محقنة برون وهو الاجود أو بمحس مزدوج بكمية واهية جدا وبدون ادنى قوة فى تجويف الرحم بعد توسيع عنقه بواسطة قطع اسفنج مجهزة مضغوطة حتى يمكن التأكد من رجوع السائل بسهولة ولا يفعل هذا الحقن مادام الرحم ذا حساسية عند الضغط أو كان موجودا مع المريضة التهاب رحمى جوهرى أو مضاعفة اخرى

(المبحث الثانى فى الالتهاب الرحمى الجوهرى)
(أو التهاب الرحم الحاد والمزمن)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التى يكابدها منسوج الرحم فى أحوال التهابه الجوهرى الحاد والمزمن تكاد أن تكون قاصرة دائما على الاحتقان الشديد والاوذيما الالتهابية ونمو وضخامة الالياف الخلوية لجوهر هذا العضو غوا

لاتشترك فيه أليافه العضلية الاقليلا اولاتشترك فيه بالكلية وأما تقيحه أو تكون خراجات فيه فيكاد أن لايحصل ذلك بالكلية بقطع النظر عن الشكل النفاسى الذى لانتعرض له هنا

وأما مايخص أسباب الالتهاب الرحمى الجوهرى فنحيله على ماقيل فى أسباب الالتهاب الرحمى النزلى فان المؤثرات المرضية التى ذكرت هناك تحدث تارة التهابا فى جوهر الرحم وتارة فى غشائه المخاطى واكثر من ذلك حصولا كونها تحدث الالتهاب فيهما معا وكذا يسهل احداثها الالتهاب الرحمى الجوهرى متى أثرت على الرحم مدة كون هذا العضو فى حالة احتقان فسيولوجى ولنذكر اخيرا ان الالتهاب الرحمى الجوهرى للرحم الخالى عن الحمل نتيجة امتداد الالتهاب الرحمى النفاسى اوبالاقل كثيرا مايبتدئ هذا الالتهاب عقب الوضع أو السقط

(الصفات التشريحية)

فى أحوال الالتهاب الرحمى الجوهرى الحاد يوجد الرحم متزايدا خصوصا فى سمكه فقد يصل الى حجم بيضة الدجاجة أو أزيد وجوهره يظهر بسبب الامتلاء الوعائى داكنا كثيرا أو قليلا وغالبا ذا لون أحمر غير مستو والتغيرات المذكورة تكون فى الطبقات القريبة من الغشاء المخاطى اكثر وضوحا وأحيانا توجد انسكابات دموية متفاوتة العظم فى جوهر الرحم وأما الغشاء المخاطى نفسه فيكاد يظهر دائما العلامات الخاصة بالالتهاب النزلى وكذا الطبقة المصلية لهذا العضو كثيرا ماتشترك فى الالتهاب فتكون مغطاة بتراكمات ليفية وفى الالتهاب الرحمى الجوهرى المزمن يتجاوز هذا العضو حجمه الطبيعى مرتين أو ثلاثة والقطر المستطيل لتجويفه يكون متزايدا وجدره قد تبلغ فى السماكة قيراطا والاحتقان الوعائى الجوهرى الذى يوجد فى الابتداء يزول فيما بعد بسبب الضغط الواقع على الاوعية الشعرية من المنسوج الخلوى المنكمش المتكون جديدا وحينئذ يظهر منسوج هذا العضو باهتا فاقا يا بسا سميكا بدرجة عظيمة جدا غالبا بحيث يسمع عند شقه صرير وتوجد فى بعض الاصفارة ردات وريدية دوالية واذا كان الجزء المهبلى هو المصاب بكثرة فان شفتى فوهة الرحم تكونان منتفختين

ومتمددتين تمددا عظيما أحيانا على هيئة الخرطوم والغشاء المخاطى يكون على الدوام مجلسا للتغيرات التى ذكرناها فى المبحث السابق وأما الطبقة البريتونية فكثيرا ما توجد ملتصقة بالاعضاء المجاورة التصاقا متينا

(الاعراض والسير)

الالتهاب الرحمى الجوهرى الحاد كثيرا ما يبتدئ بنوبة قشعريرة كالالتهاب الرحمى النزلى ويصطحب مدة سيره باعراض حمية مثله ولذا توجد فى هذا المرض الآلام القطنية والاربية والاحساس بالثقل فى الحوض وشدة حساسية القسم السفلى من البطن وتعسر البول والزحير كما يوجد أيضا فى الالتهاب الرحمى النزلى لكنها فى شكل هذا الالتهاب تكاد تصل الى درجة عظيمة دائما ويندر أن يحس بالرحم فى هذا المرض أعلى من الارتفاق العانى لكن بالجس من المهبل يتحقق من عظم حجم هذا العضو وشدة حساسية جزئه السفلى وقصر جزئه المهبلى وتيبسه وينضم لهذه الاعراض اضطرابات عظيمة فى الحيض فاذا ابتدأ المرض مدة سيلان الحيض وهو الغالب شوهد انقطاع الدم دفعة واحدة وأما اذا حصل الحيض مدة سير هذا المرض شوهد اما حصول نزيف رحمى (المعروف بالالتهاب الرحمى النزيفى) أو شوهد وهو الغالب عدم حصول النزيف بالكلية وفى غير زمن الحيض يوجد السيلان الواصف للالتهاب الرحمى النزلى فانه يصاحب على الدوام الالتهاب الذى نحن بصدده وفى الاحوال الجيدة يقطع هذا المرض سيره فى مدة اسبوع أو اسبوعين وينتهى بالشفاء التام عقب الانحطاط التدريجى لظواهره المرضية وأما فى الاحوال التى ليست جيدة فينتقل فيها المرض من الحالة الحادة الى المزمنة وأما انتهاؤه بتكوين خراج فى الرحم ينفتح فى تجويف البطن وحصول الموت فهو نادر جدا

وأما أعراض الالتهاب الرحمى الجوهرى المزمن فانها لا تكون فى الغالب واضحة ماعدا زمن الحيض وتشكى المرضى يكون فى الغالب قاصرا على الاحساس بثقل فى الحوض وانضغاط نحو الاسفل وينتج من الضغط الواقع من الرحم المنتفخ على المستقيم والمثانة امساك غالبا وتطلب متكرر مؤلم

للتبرز والتبول وفى ابتداء هذا المرض يسيل الطمث بغزارة مدة طويلة لكن متى حصل الضغط على أوعية الرحم بسبب المنسوج الخلوى المتكون جديداً تكابد المرضى مشاق شديدة فى زمن الحيض و يتناقص الطمث شيأ فشيأ وكثيرا ماينقطع الحيض فيما بعد مدة أشهر بل سنين فالمرضى تكابد آلاما شديدة تتردد فى أزمنة منتظمة موافقة لزمن الحيض وهذا يدل على استمرار نضج البيضة وانفصالها وكذا فى هذا الشكل من الالتهاب الرحمى الذى يكون مصحوبا أيضا على الدوام بالالتهاب الرحمى المزلى تضطرب تغذية المرضى عادة اضطرابا عظيما وتشاهد الثورانات والاضطرابات العصبية المذكورة فى المبحث السابق وبالبحث الطبيعى كثيرا مايحس بالرحم الممدد أعلى العانة من خلال الجدر البطنية وكذا بالجس من المهبل يحس بانتفاخ الجزء الرحمى المهبلى وتيبسه وفى قبوة المهبل يحس أيضا بالجزء السفلى من الرحم المتألم كثيرا أو قليلا واذا أدخل المجس الرحمى فى تجويف الرحم وجد قطره المستطيل متزايد الكن فعل هذا البحث ينبغى اجراؤه مع غاية الاحتراس من طبيب متمرن وهذا المرض وان كان ليس خطرا الا انه قد يستعصى عن العلاج ويزمن لكن لاينبغى اعتباره عضالا أى غير قابل للشفاء مهما استطالت مدته ووصل لدوره الاخير فان مايحصل بعد الولادة من صغر الرحم وزوال منسوجاته الجديدة التكوين التى تتكون مدة الحمل يثبت ولابد انه من الجائز أيضا زوال الالياف الجديدة التى تتكون مدة هذا المرض تكونا مرضيا فكثيرا مابرئت التهابات من هذا القبيل سيما عقب الولادة وحينئذ يظهر أن زوال المنسوجات الجديدة المرضية وضمورها يتم مع زوال وضمور المنسوجات الصحية الجديدة التكوين أيضا

(المعالجة)

اتمام ماتستدعيه المعالجة السببية بواسطة تبعيد جميع المؤثرات السابق ذكرها التى تحدث احتقانا فى الرحم أو تساعد على حصوله أمر ضرورى لنجاح المعالجة فان تبعيد جميع المنبهات لدورية بواسطة المشاق الجسمية والمشروبات المنبهة والمطعومات العسرة الهضم من اهم الامور وكذا ينبغى

منع الشهوات التناسلية أو بالاقل تنقيصها وعلى المريضة استعمال الرياضة اللطيفة عند جودة الاهوية لا الحركات العنيفة بشرط ان لا تحدث حركات الرياضة احساسا متعبا او الما وفى الحالة الاخيرة تفضل الراحة المستطيلة ولو مع اعتدال الجو

وأما الالتهاب الرحمى الجوهرى الحاد أو ثوران الشكل المزمن ثورانا عظيما فيستدعى الراحة التامة فى الفراش مع الاستلقاء على الظهر مع رفع الحوض وعند وجود تزايد عظيم فى حساسية البطن السفلى الدال على وجود مضاعفة بريتونية يؤمر بارسال العلق على البطن واستعمال الوضعيات الباردة وفى الاحوال الاعتيادية التى فيها يكون الالتهاب قاصرا على الرحم تستعمل الاستفراغات الدموية الموضعية على القسم المهبلى من الرحم لاجل احداث استفراغ لا واسطى فى العضو الملتهب مالم تمنعه من ذلك حالة البكارة وارسال العلق الذى كان يستعمل بكثرة يفضل عليه الآن الاطباء المختصون بامراض النسا التشريط الجزء المهبلى من الرحم والتشاريط الصغيرة فى غشاء هذا الجزء المخاطى تفعل بواسطة آلة المعلم ماير وهى عبارة عن مشرط صغير ذى حافة قاطعة مستديرة وبيد طويلة وهذه الآلة ذات الطرف الشبيه باطراف الريشة يخدم لتشريط الغشاء المخاطى وبزغ الاجربة المنتفخة ووجه افضليته ماذكر عن العلق هو عدم التألم منه بالكلية تقريبا وان استفراغ كمية الدم به يكون بحسب الاقتضاء بان تفعل شروط صغيرة أو غائرة سيما وان المعلم شرودر اعترض على ارسال العلق بكون مص تلك الحيوانات ينتج عنه تهيج به يحصل توارد دموى نحو الجزء الذى صار خاليا من الدم وتبعا لوصايا هذا الطبيب ينبغى اجراء استفراغ الدم بواسطة التشريط مرارا (بل وعند تناقل هذا المرض الدورى ينبغى اجرا التشريط كل ثلاثة أيام أو أربعة) وحينئذ فلا ينبغى الاستفراغ قليل من الدم جدا (فيكون بقدر نصف أوقية كل مرة وانما اذا كانت المريضة دموية المزاج وكان الرحم محتقنا جدا فلا مانع ان تكون كمية الدم أوقية) وقد حذر هذا الطبيب من استعمال رش عنق الرحم بالماء البارد فان تهيج التبريد وان كان يعقبه تضايق وقتى فى الاوعية الشعرية الا انه يعقب بسرعة باسترخاء

فيما ينتج عنه امتلاء دموى عظيم يمنع من ثمرة الاستفراغ الدموى الموضعى ولا يمنع كل من الانيميا العامة ولا الحيض الغزير من استعمال هذا الاستفراغ بل ان هذا الاخير باستعمال استفراغ الدم من الرحم قد يتناقص تناقصا عظيما والتأثير الجيد للتشريط تتضح ثمرته من تلطف مكابدات المريضة ومن تناقص حجم الرحم وحساسيته وأما تراكم المواد السفلية فى المعى التى تهيج الرحم وتساعد على احتقانه فينبغى ازالتها بالمليّنات اللطيفة كعصارة بعض الاثمار والمن وجرعة وينة ونحو ذلك

وفى اثناء دور انحطاط الالتهاب وتناقص تهيج التهاب الرحم توجه المعالجة نحو تنبيه الامتصاص فى الرحم المتكاثف وايقاظه لاجل تنقيص حجمه ورجوعه لحالته الطبيعية وعلى حسب تزايد درجة حساسية الرحم أو ضعفها واحوال المريضة البنيية ينبغى انتخاب الطريقة العلاجية خفيفة كانت أو شديدة وأهم الطرق العلاجية فى ذلك المعالجة بالاستحمام أو شرب المياه المعدنية وفى الغالب يستعملان معا فعند وجود ازدياد فى الحساسية الموضعية وفى النساء العصبيات الشديدات التنبيه يفضل وضعيات بريسنتس والحمامات الجلوسية الفاترة لا الحمامات العمومية الفاترة مع استعمال مياه ينابيع إمس ونحوها وفى النساء اللاتى فيهن التهاب الرحم الجوهرى يكون ضعيفا بدون تهيج الالتهاب يحتاج للمعالجة المنبهة لاسيما الحمامات القلوية وحمامات المياه الامية فانها اقوى الوسائط فى تقوية الامتصاص لاسيما مياه كريتسناخ وكيسنجر ونحو ذلك وفى مثل هذه الاحوال يستعمل أيضا التشلشل الباطنى على الرحم لكن مع الاحتراس حتى لا ينتج عنه زيادة فى التهيج وايقاظ التهاب جديد واما المعالجة بشرب المياه المعدنية فعند غير الانيميات من النسا تستعمل الينابيع المحتوية على اليود مثل كريتسناخ وماهلبز ونحو ذلك واما النساء الجيدات التغذية اللاتى اعتراهن امساك أو احتقانات احتباسية فيستعملن شرب مياه كيسنجر وجودسى أو مرين باد أو نحو ذلك وعند النساء الانيميات الضعفاء تستعمل مياه الينابيع الحديدية كما فى فرنسباد وليبولدسو بل ومياه شوال باخ وبيرمونت ودريبورغ من المياه الحديدية القوية وفى الاحوال

المستعصية جدا قد يحدث استئصال الجزء المهبلي من الرحم سيما ان كان متمددا يابسا تناقصا عظيما في هذا العضو وقد اثبت برون ان هذا التناقص يعقب استحالة شحمية شبيهة بالاستحالة النفاسية وأما ما يخص هذه العملية التى تفعل احيانا بالمقص أو المشرط أو الكاوى الجلوانى فهذا من خصوص كتب الجراحة أو كتب أمراض النساء

(المبحث الثالث فى الالتهاب الرحمى الدائرى)

تحصل الالتهابات فى محيط الرحم بكثرة فى أثناء النفاس وكذا لا يندر حصولها خارجا عن هذا الوقت فان كان منشأ الالتهاب من الطبقة المصلية المغمدة للرحم أو الاعضاء المتعلقة به وكان على شكل الالتهاب البريتونى الجزئى الحوضى سمى ذلك بالالتهاب الرحمى الدائرى أو المحيط وأما ان كان مجلس الالتهاب فى النسيج الخلوى تحت بريتون الحوض حول الرحم أو الاجزاء العليا من المهبل أو بين الاربطة العريضة فيسمى ذلك بفلغمون الرحم

والالتهاب الرحمى الدائرى يؤدى لتكون نضح متفاوت على السطح السائب من البريتون وبواسطة هذا النضح القليل الكمية الكثير الليفية تنشأ التصاقات بين الرحم والاعضاء المجاورة له وكذا النضح المائع الغزير يكون عادة محدودا بواسطة التصاقات دائرية وبعد امتصاص النضح الالتهابى كثيرا ما يبقى التصاق بين أعضاء الحوض وأما فى الالتهاب الرحمى الفلغمونى فيحصل نضح فى المنسوج الخلوى تحت البريتون يكون من الابتداء صلبا يابسا وقد يمتص هذا النضح لكن كثيرا ما يخلفه غوق فى المنسوج الخلالى وتحدث ندبى تابعى وفى احوال اخرى قد ينتهى الالتهاب وينسكب متحصله اما فى المستقيم أو المهبل أو المثانة أو تجويف البطن

ثم ان كلا من الالتهاب الرحمى الدائرى والفلغمونى اللذين يعسر تمييزهما عن بعضهما فى اثناء الحياة يبتدى ويسير بظواهر حمية محسوسة أو مدركة فتشتكى المرضى بآلام فى الجزء الغائر من الحوض يزداد بالكلية عند الضغط على الجزء الاسفل من البطن وينضم لذلك ظواهر انضغاط فى الاعضاء الحوضية كالمثانة والمستقيم والاعصاب والضفائر المارة على

جدار الحوض تبعا التجارب بناوكل من وجود الزحير البولى الشديد وفقده
اوعسر التبرز والآلام على مسير الاعصاب العجزية اوالقطنية أو الفخذية
وتشعبها يتعلق فى كل حالة راهنة بمجلس الورم والنضح الالتهابى وعند
البحث الطبيعى يوجد فى الاحوال التى يكون النضح فيها عظيما اعلى من
الفرع المستعرض للعانة ورم متفاوت فى الحجم وبالبحث من المهبل أو المستقيم
يتضح منه اندفاع الرحم الى الجهة المقابلة واختناقه اختناقا عظيما
والنضح داخل البريتون يملأ المسافة الدوجلاسية عادة ويسهل العثور
عليها والارتشاح اسفل البريتون والخراجات تكون عالية الوضع عادة ومع
ذلك يمكن العثور عليها غالبا بالاصبع عند الجس وهذا المرض يمكن أن
يمتد جملة اسابيع فيهلك المرضى نهوكة عظيمة بالحمى المصاحبة وانفتاح
الخراج اسفل البريتون أو النضح داخل البريتون فى المعى أو المثانة يتصف
بصغر فجائى فى الورم وبخروج واستفراغ مواد قيحية اما مع البراز او البول
وأما انفتاحه فى تجويف البطن فيتصف باعراض الالتهاب البريتونى
الثقيل جدا مع الانتهاء المحزن بل وفى الاحوال الجيدة السير لا تعود المرضى
الى قواها الا ببطء عظيم وفى كثير من المرضى الذين شاهدتهم استمرت
الآلام العصبية جملة اشهر

(المعالجة)

يوصى فى معالجة الالتهاب الرحمى الحاد الدائرى بالراحة التامة وارسال
العلق على القسم الاوربى والوضعيات الجليدية على البطن السفلى والدلك
بالمرهم الزئبقى وايقاف الحركات الديدانية للمعى بواسطة الافيون كما ذكرناه
فى الالتهاب البريتونى

وأما الالتهاب الرحمى الفلغمونى فيوصى فيه كذلك بالراحة التامة
والاستفراغات الدموية الموضعية والضمادات الفاترة والمسهلات اللطيفة
مع استعمال الحقن المزيلة لتعفن الافراز المرضى والطمث وفى الاحوال
المزمنة يحصل من استعمال الحمامات الملحية الفاترة مع اضافة كمية من
المياه الامية والاستعمال من الباطن ليودور البوتاسيوم او يودور الحديد
نجاح عظيم ومع هذا ينبغى ملاحظة حالة تغذية المريضة وتدبيرها الغذائى

وفى الاحوال التى فيها توجد حمى شديدة ينبغى استعمال الجواهر المضادة للحمى كالكينين والديجتالا وأما فتح الخراج فيحصل غالبا من ذاته ولا يفعل بالصناعة الا متى تؤكد من عدم خطره

(المبحث الرابع فى تضايق الرحم وانسداده)

(المعروف بالورم الدموى أو الورم المائى الرحمى)

الدرجات الخفيفة من تضايق فوهة الرحم كثيرا ما تشاهد عند البنات الشابات المتأخرات فى نموهن وهذه التضايقات الخفيفة تكون عائقا مانعا للعلوق لكنها لا تمنعه بالكلية وزيادة عن ذلك فانها تعوق استفراغ السائل الطمثى فتحدث تراكمه فى الرحم تراكما وقتيا واستفراغه منه زمنيا فزمنا بواسطة الانقباضات المؤلمة جدا (المعبر عنها بالمغص الرحمى) فقد شاهدنا مرارا أن بعض النساء اللاتى كان يعتريهن مغص رحمى شديد فى اثناء بكارتهن وفى السنين الاول من الزواج كن يحضن بدون ألم ومشقة بعد اول وضع وكذلك يحصل بواسطة التقوس العظيم للرحم وانحنائه الزاوى تضايق فى تجويف الرحم فى المحل المتقوس أو المنحنى انحناء زاويا فينتج عنه كذلك صعوبة فى العلوق وحصول مغص رحمى فى اثناء الطمث وعين هذه النتيجة تحصل ايضا من تولدات جديدة تضيق متسع تجويف هذا العضو وقناة عنقه

واما الانسداد التام للرحم فحصوله نادر وقد يكون خلقيا وربما كان ناتجا عن تسلخات أو قروح حادثة عند التحامها لالتصاق فى فوهة الرحم ومجلس الانسداد الخلقى الرحمى يكون عادة فى الفوهة الظاهرة من الرحم واما العارضى فمجلسه الفوهة الباطنة من قناة عنقه ثم انه يتراكم خلف الجزء المنسد من الرحم دم الحيض مادامت المرأة تحيض فينتج عن ذلك ورم رحمى دموى وأما ان حصل الانسداد عقب اليأس وانقطاع الحيض فان افراز الغشاء المخاطى المصاب بحالة نزلية يتراكم خلف المحل المنسد فيتمدد تجويف الرحم ويكتسب الافراز حينئذ صفة المواد المصلية (وما ذلك الا من كون الغشاء المخاطى المتمدد تمددا عظيما يفقد اجربته المفرزة فيكتسب حينئذ صفة الاغشية المصلية) وهذه الحالة تسمى بالورم المائى الرحمى

أو الاستسقاء الرحمى

ففى أحوال الورم الدموى الرحمى الذى يكون متعلقا فى الغالب بانسداد فى المهبل لا فى الرحم يمكن ان يصل الرحم بتمدده الى الحالة التى يكون عليها فى الاشهر الاخيرة من الحمل وكمية الدم المسود القطرانى المجتمع فيه يمكن ان تكون من ثمانية ارطال الى عشرة وجدر الرحم تبعا لمشاهدات اسكنسونى ووايت تكون مسترقة متى وصل التمدد لدرجة عظيمة فى زمن قصير وسميكة ضخمة متى حصل ببطء واعراض الورم الدموى الرحمى عسرة المعرفة فى الابتداء وفى سن الطفولية يبقى ولابد انسداد كل من الرحم والمهبل خفيا وفى اثناء كل فترة أربعة اسابيع يتردد المغص الرحمى مصحوبا باحساس بضغط أو ثقل فى الحوض مع علامات الاحتقان الشديد نحو باقى اعضاء الحوض أو الالتهاب الرحمى الدائرى وفى الابتداء تعود المرضى التى اتضحت عندها تلك الاعراض بعض أيام الى حالتها الصحية الى ان يحصل ترددها بعد أربعة اسابيع أخر لكن فيما بعد لا تكون مصونة عن المكابدات فى اثناء الفترات فيزداد حجم البطن ويعلو الرحم على الارتفاق العانى بحيث يمكن أن يصل الى السرة وتصل الآلام فى النوب الشهرية الى درجة عظيمة جدا فتنحف المرضى وتهلك فى حالة نهوكة أو انها تهلك عقب تمزق الرحم وحصول الالتهاب البريتونى ان لم يجد الدم مسلكا لخروجه وهذا العارض الاخير يحصل خصوصا اذا كان البوقان ممتلئين بالدم وانسكب محصلهما من الفوهة الوحشية فى تجويف البطن ولا يمكن معرفة الورم الدموى الرحمى مع التأكيد وتمييزه فى الابتداء عن غيره من أشكال فقد الطمث أو عسره الا بواسطة البحث الموضعى الدقيق فان توهم من ظهور مغص الرحم الذى يتردد ترددا منتظما كل اربعة اسابيع وعدم خروج الطمث مع ذلك ومن التمدد التدريجى الدورى للبطن حصول ورم رحمى دموى وجب على الطبيب الشروع فى البحث مع الاقدام وعدم التأخر فى ذلك فان كان سبب هذا الورم الرحمى انسداد المهبل شوهد هذا العضو الاخير مستحيلا الى ورم متوتر طرفه السفلى واصل الى الفتحة الفرجية المهبلية واما ان كانت الفوهة الظاهرة من الرحم منسدة وجد الجزء

المهبلي لهذا العضو منمحيا ولا يمكن معرفة محل فوهة الرحم ولا العثور بها
واما ان كانت الفوهة الباطنة لعنق الرحم منسدة جاز أن يكون الجزء المهبلي
من هذا العضو على طوله الطبيعي وزيادة عن ذلك يكون الرحم ممتدا على
هيئة ورم عظيم متموج في بعض الاحوال ومعالجة اورم الدموي الرحمي
جراحية محضة وهي عبارة عن فتح الكيس الدموي بين زمني الحيض
ويراجع ذلك في كتب الجراحة أو في الكتب الخاصة بامراض النساء
حيث ان طريقة العملية تختلف باختلاف الاحوال وليست دائما خالية
عن الخطر

واما الورم المائي للرحم فمن الواضح انه قد ينشأ عن انسداد عارضي وفي زمن
يكون قد انقطع فيه الحيض والدرجات الخفيفة من هذا المرض يكثر
مشاهدتها وأما الدرجات العظيمة منه التي يصل فيها هذا العضو الى حجم
الرأس أو أزيد فتعد من النوادر العظيمة والعرض الرئيس للورم المائي
الرحمي هو عظم الرحم الذي يحصل عادة تدريجا ويستمر أو يحصل في أحوال
نادرة بسرعة ويمكن معرفته بواسطة البحث الطبيعي بل وادراكه من
المرضى وان كانت جدر الرحم الممددة مسترقة أحس بتموج واضح أحيانا وان
كانت واقعة في حالة ضخامة فقدت هذه العلامة المهمة في تمييز الورم المائي
للرحم عن جميع باقي أورامه تقريبا ويحصل زمنا فزمنا لا سيما في اثناء
الاحتقان نحو الرحم مغص رحمي فان كان انسداده غير تام اندفع بواسطة
الانقباضات الرحمية السائل المتجمع زمنا فزمنا بل وقد تندفع أحيانا طبقا
لمشاهدات اسكنسوني غازات تتكون في السائل ومعالجة الورم المائي للرحم
تشتمل على اخراج السائل بواسطة عملية جراحية اما بمساعدة المجس
الرحمي أو بواسطة توسيع عنق الرحم بواسطة الاسفنج المضغوط أو بالآلة
البازلة وتنويع افراز الغشاء المخاطي بواسطة الحقن القابضة مثلا

(المبحث الخامس في انحناء الرحم وتقوسه)

يطلق تقوس الرحم وانحناؤه على التغيرات التي تخص شكل هذا العضو
لا تغيرات وضعه وعادة يعني بلفظ انحناء كل تقوس في محور الرحم سواء كان
هذا الانحناء على شكل قوس او زاوية فان اريد تعيين درجة الانحناء ونوعه

بالدقة سمى الاول بالتقوسى والثانى بالزاوى فان كان تقوس الرحم بكيفية يصير بها تقعير القوس جهة الامام وتحديبه جهة الخلف سمى ذلك بالانحناء المقدمى وان كان قاعه مقوسا جهة الخلف بحيث يقرب من الجدار الخلفى من الجزء المهبلى سمى ذلك بالانحناء الخلفى ومن القليل الاهمية الانحناآت الجانبية وقد اختلفت الآراء فى كيفية حصول انحناآت الرحم فاغلب المؤلفين يزعمون ان اسباب ذلك توجد فى نفس العضو المريض ويرتكنون فى ذلك الى التجارب المعلومة من ان جدار الرحم فى محل التقوس يكون على الدوام مسترقا وجوهر هذا العضو فى هذا المحل مسترخيا رخوا واعتبر وجوف التغيرات التى تشاهد فى هذا المحل ظواهر ثانوية ناتجة عن الضغط الذى يكابده جدر الرحم فى محل الانحناء وعن أنيميا جوهره الناتجة عن هذ الضغط وذهب الى ان اغلب التقوسات الرحمية سيما التقوس المقدم ناتج عن قصر خلقى او عارضى فى اربطة الرحم وعن تثبت الرحم المتعلق بذلك عند تمدد المثانة والمستقيم ومن القريب للعقل ان اسباب التقوس ليست واحدة على الدوام وانها توجد تارة فى الرحم وتارة خارجا عنه

فاما الانحناء الخلفى وهو الشكل الغالب عند النساء اللاتى تكرر وضعهن والنادر عند غيرهن فمنشأه يكاد يكون على الدوام عقب الوضع او السقط فانه ان تاخر انقباض الرحم عقب طرد متحصله وبقى متمددا رخوا سهل سقوط قاع هذا العضو واندفاعه بواسطة الاحشاء البطنية وحيث ان معظم كتلة هذا العضو تبقى فى جداره الخلفى بعد الوضع فلابد وان يسقط غالبا جهة الخلف ولا يستغرب من مشاهدة اختلافات من هذه الحيثية فانه يسهل حصولها باختلاف اوضاع الرحم والاحشاء والمعى الممتلئ الكائنة بجوار الرحم وغير ذلك من المصادفات ومثل هذا السقوط يمكن زواله بالكلية فيعتدل انحناء الرحم متى انقبض بسرعة فان لم يسرع حصول ذلك صار جوهره فى المحل المتقوس انيماويا ويضمر بسبب الضغط المستمر عليه أو ان قاعه يتثبت بواسطة التصاقات جديدة تثبتا غير طبيعى وفى كلتا الحالتين يحصل تغير مستمر وهو التقوس وذكر اسكنسونى ان الاسباب الغالبة فى انقباض الرحم البطىء غير التام الذى هو السبب المهم فى التقوس الخلفى هى المبادرة بالزواج

والحمل المتكرر والسقط والتوليد الصناعي

واما الانحناء المقدم فاغلب مايشاهد عند اللاتي لم يضعن والظاهر ان السبب الغالب في هذا الانحناء عند الشابات هو استرخاء جوهر الرحم بواسطة الالتهاب النزلي وعند اللاتي يئس هو الضمور الشيخوخي للرحم في المحل الذي هو مجلس الانحناآت على الدوام الموازي للفوهة الباطنة من الرحم وكون الانحناء المقدم هو الشكل الغالب من انحناآت الرحم عند النساء اللاتي لم يضعن امر يوجه بسهولة متى علمنا ان الرحم في حالة البكارة يكون في حالة ميل وانحناء خفيفين نحو الامام ويظهر لي بدون شك ان استرخاء جدر الرحم وضمور جوهره اللذين يشاهدان فيما بعد ينجمان في هذه الحالة عن الضغط والانيميا ايضا

وزيادة عن هذه الانحناآت الناشئة عن تغيرات في جوهر الرحم توجد انحناآت اخرى تتعلق ولابد بقصر في الاربطة الرحمية وثبت ذلك بمشاهدة اورچوف التي وجدت منها انحناآت في هذا العضو دون تغيرات جوهرية فيه كما وان انحناآت الرحم يمكن حصولها بواسطة اورام ليفية مجلسها اما الجدار المقدم او الخلفي من هذا العضو او بواسطة التصاقاته او بضغط بعض الاورام عليه وكلما قوي تثبت الجزء السفلي من الرحم بواسطة قبوة مهبلية متوترة سهل تكون الانحناآت وفي الحالة المغايرة لذلك يكثر حصول تغيرات اوضاع الرحم بدلا عنها

(الصفات التشريحية)

معرفة انحناء الرحم في الجثة سهلة لان المحل الاكثر ارتفاعا من الرحم لا يتكون من قاعه بل من جزء من جداره المقدم او الخلفي ويسهل عادة رفع قاع الرحم المنخفض لكنه يسقط عند تركه على محله الاصلي وفي بعض الاحوال تمنع التصاقات الطبقة البريتونية الرحمية بالاجزاء المجاورة لها من رفع قاع هذا العضو ويكاد يوجد على الدوام بجوار تقوس الرحم تحول مقدم أو خلفي وان نزع الرحم من الجثة وضبط من جزئه المهبلي ورفع الى أعلى سقط قاعه اما الى الامام أو الخلف وان وضع وضعا أفقيا استقام اتجاهه عند ما يوجه المحل المنحني الى اعلى لكنه ينحني ثانيا عند قلبه ومحل

القوس يوجد فى جميع الاحوال بجوار فوهة الرحم فيكون هناك تارة انحناء خفيف أو انحناء ذو زاوية منفرجة او حادة وتكاد فوهة الرحم تكون على الدوام منفتحة قليلا ولو عند اللاتى لم يضعن وذلك ينتج عن انجذاب الشفة المقدمة للرحم فى أحوال الانحناء الخلفى والشفة الخلفية فى أحوال الانحناء المقدمى واما فوهة الرحم الباطنة فتكون متضايقة اما بسبب نفس الانحناء أو انتفاخ الغشاء المخاطى وعند النساء المتقدمات فى السن يشاهد احيانا انسداد تام فى فوهة الرحم الباطنة وتضايق الفوهة الباطنة من الرحم أو انسدادها يعقبه استسقاء رحمى قليل أو عظيم والاضطراب الدورى فى محل الانحناء يوجه بسهولة مضاعفات انحناء الرحم التى لا تكاد تفقد مطلقا بالتهابات نزلية فى الرحم او قروح فوهته او التهابه الجوهرى

(الاعراض والسير)

الاعراض الملازمة لانحناء الرحم تتعلق بعسر انقذاف متحصله ولذا يشاهد عند النساء ذوات الحيض اعراض عسر طمث شديدة ودم الحيض الذى يصحب خروجه فى مثل هذه الاحوال مغص رحمى شديد يكون مختلطا بجلط دموية منعقدة فى باطن الرحم وكذا تشاهد عوارض المغص عندهن أيضا فى غير زمن الحيض بسبب عسر خروج المواد المخاطية والمصلية وحجزها خلف الجزء المنحنى من الرحم وينضم لذلك فى كثير من الاحوال اعراض النزلات الرحمية التى ذكرناها فى الفصل السابق أعنى السيلان الرحمى الابيض والنزيف الغزير مدة الطمث وعسر استفراغ المستقيم المصحوب بزحير وألم بولى وعلامات الانيميا واضطراب التغذية العامة وبالجملة يكون مصحوبا بالاضطرابات العصبية العامة التى ذكرنا انها تشاهد بكثرة فى النساء المصابات بانحناء الرحم وقد لا توجد فيهن الاعراض التى سبق ذكرها اوانها تزول بعد ان كانت موجودة ولو كان انحناء الرحم لم يزل باقيا ومن الاعراض الكثيرة الملازمة لانحناء الرحم وتقوساته عدم الحمل (اى العقر) لكنه ليس على الدوام وهذه الادلة تثبت لنا ان الاعراض التى ذكرناها لا تكون نتيجة انحناء الرحم بل تعد من نتايج التغيرات الرحمية الاخرى التى تضاعف هذا المرض على الدوام وفى الحقيقة كثرة مضاعفة هذا

المرض التغيرات المذكورة عظيمة جدا بحيث يعد عدم وجودها فيه من الاستثناآت وهذا ناشئ من كون الاسباب التى تحدث انحناء الرحم وتقوسه تحدث ايضا التهابات رحمية مختلفة الشكل ومن جهة اخرى يكون ناشئا من كون الاضطرابات الدورية فى محل الانحناء تعقب باحتقان ونضج فى جوهر الرحم وفى الغشاء المخاطى لهذا العضو ومدة سير انحناء الرحم وتقوساته طويلة جدا ومن النادر شفاء هذا المرض من ذاته شفاء تاما فان الانحناء الرحمى لا يمكن زواله الا متى تكون فى المحل المنضغط الضامر من جوهر الرحم جوهر جديد و بعد سن اليأس أى فى السنين التى فيها يزول الاحتقان الفسيولوجى الدورى نحو الرحم يحصل ولابد تلطيف فى جميع الظواهر المرضية وكذا عند النساء المتقدمات فى السن يحصل متى ضمر الرحم وزال جزء من أوعيته تحسين فى الحالة العامة

وبالبحث الطبيعى يحس الاصبع عند الجس بتحول الجزء المهبلى من الرحم نحو الامام او الخلف على حسب نوع الانحناء وكذا توجد فوهة الرحم ولو عند اللاتى لم يضعن منفتحة انفتاحا عظيما بحيث يمكن ادخال طرف الاصبع بسهولة وكذا يحس بواسطة الاصبع أيضا فيها بجسم الرحم وقاعه اما امام الجزء المهبلى للرحم او خلفه ويكون فى قبوة المهبل اذ ذاك مكونا الورم مستدير صلب سهل الحركة وفى الغالب يمكن العثور على محل الانحناء ولكون الجزء المقابل لهذا الورم من قبوة المهبل فارغا يمتنع من وقوع الخطاء واختلاط انحناء الرحم وتقوسه بعظم حجمه باى مرض واما ادخال المجس الرحمى فهو وان كان فى الواقع يعين على حقيقة التشخيص الا ان هذه العملية عسرة جدا خصوصا فى أحوال انحناء الرحم وتقوسه ولذا لا يفعل هذه العملية الا من كان ممارسا مع غاية الاحتراس ومع ذلك فهى آلة خطرة ولو مع من ذكر ولا تستعمل الا نادرا

(المعالجة)

فى معالجة انحناآت الرحم لا يثمر التعديل الوقتى لجسم الرحم المنحنى بواسطة المجس فان شكل الانحناء يصير كالطبيعى لهذا العضو بواسطة المؤثرات عليه زمنا طويلا ولذا يعود لوضعه المعيب بعد تبعيد المجس

حالا واما نجاح المعالجة بواسطة اجهزة التعديل والفرازج فى باطن الرحم
ونحو ذلك فيختلف فيه رأى الاطباء المشتغلين بامراض النساء فان بعضهم
يقول ان جميع هذه الآلات غير ناجح فى كل الاحوال بل خطر وبعضهم
يقول ان استعمالها ناجح وغير خطر فى الاحوال التى فيها لا يوجد التهاب ولا
التصاق وعلى كل فتجربة المعالجة بهذه الآلات لا تجوز الا من يد طبيب متمرن
فى هذا الفن وعلى العموم يندر شفاء الانحناآت الرحمية لكن لا ينكر مع
ذلك ان الخفيف منها والحديث قد يشفى من ذاته متى زالت الاسباب
الحافظة له بسرعة مثل انجذاب الرحم الى الخلف بواسطة الالتهاب الرحمى
الدائرى وازدياد ضغط عضلات البطن بواسطة السعال وضغط احد
الاورام وزيادة عن ذلك فقد يزول انحناء الرحم المقدم بالحمل وفى الانحناء
الخلفى للرحم كثيرا ما تستعمل الفرازج المهبلية لاسيما الفرزج الرافع للمعلم
هوج سواء البسيط او المزدوج التقوس فان هذا الفرزج وان لم يرفع الرحم
بحركة شبيهة بحركة الرافعة الا انه يحسن وضع هذا العضو بكيفية بحيث
ينقص مكابدات المريضة وذلك بكون الركاب او القوس الاعلى لهذا الفرزج
يحفظ قبوة المهبل الخلفية فى توتر فينجذب عنق الرحم الى الخلف واما فى
التقوس المقدم للرحم فلا تثمر الفرازج فى تحسين وضع الرحم ولا تنقيص
مكابدات المرضى ومتى ظن ان الانيميا العامة وضعف التغذية واسترخاء
المنسوجات هو السبب المهم فى تقوس الرحم وجب استعمال معالجة مقوية
بواسطة المركبات الحديدية والكينية والحمامات الباردة والبحرية وتحسين
التغذية العامة اذ باستعمال ذلك فى ابتداء الامر يمكن منع تقدم هذا المرض
ولنعترف بانه يندر ازالة انحناء الرحم المتقدم جدا لكن من الممكن احداث
راحة فى حالة المرض بمقاومة المضاعفات بلا واسطة لاسيما الالتهاب الرحمى
المزمن الذى هو ينبوع مشاق المرضى ومكابداتهم كما تقدم فى مبحثه ولازالة
المغص الطمثى الشديد المؤلم الناتج عن حجز الدم خلف الجزء المنحنى
المتضايق يستعمل بعض الاطباء المختصين بامراض النساء توسيع عنق
الرحم توسيعا ميخانيكيا بواسطة المجسات أو الاسفنج المجهز بالضغط على
هيئة أقلام أو أقلام اللاميناريا لكن طبقا التجارب يحس بفضل توسيع عنق

الرحم بالشق عوضا عنه اذ كروذلك من حيثية النجاح و لقلة الخطر و فعل شق عنق الرحم بواسطة المترتوم أى الآلة القاطعة للرحم المستعملة بكثرة فى وقتنا هذا

(المبحث السادس فى تغيرات اوضاع الرحم)

حيث كان الرحم عضوا سهل الحركة فاوضاعه تتغير فى اتجاهات مختلفة وأهم تغيرات وضعه هى ميله أو انقلابه نحو الامام او الخلف وسقوطه

فاما ميله المقدم فا كثر ما يشاهد عند النساء ذوات الحوض المائل كثيرا الى الامام وكذا قد يحصل من تجمع سائل فى تجويف البريتون أو أورام أخر فى البطن تضغط على هذا العضو من أعلى فتميله جهة الامام حيث ان هذا العضو له ميل عظيم لان يأخذ هذا الاتجاه وكثيرا ما يسقط الى الامام ايضا بثقله الخاص ولذا تكاد توجد دائما درجات خفيفة من الميل المقدم للرحم عند وجود التهابات جوهرية أو تولدات جديدة فى قاع الرحم ويندر أن يصل الميل المقدم للرحم الى درجة عظيمة فان المثانة عند تمددها كل مرة ترده الى محله الطبيعى ما لم توجد موانع لذلك ولذا تكون اعراض هذا المرض عادة غير واضحة وانما فى الاحوال التى فيها يكون هذا العضو متزايدا فى الحجم أو مصابا بتغيرات مرضية اخرى أو حصل فيه انتفاخ مدة الحيض تنشأ ولا بد من انضغاط الاعضاء الحوضية وتوتر اربطة دوجلاس آلام قطنية شديدة وضغط فى تجويف الحوض وتعسر فى البول وزحير متكرر ومكابدات شديدة عند التبرز وفى مثل هذه الاحوال يوجد عند البحث من الباطن الجزء المهبلى من الرحم متجها الى الخلف نحو التقعير العجزى وعند توجيه الاصبع من الجزء المهبلى الرحمى الى الامام يحس بجسم الرحم وقاعه الذى يكون اذ ذاك موضوعا فى الجزء المقدم من قبوة المهبل

واما الميل الخلفى فيتعلق باحوال مماثلة للاحوال التى ينتج عنها الميل المقدم فان الضغط الواقع على هذا العضو من الامام الى الخلف والتصاقات سطحه الخلفى المتوتر ووجود تولدات مرضية جديدة فى جداره الخلفى تحدث سقوط قاع هذا العضو فى مسافة دوجلاس وصعود جزئه المهبلى نحو الارتفاق العانى والميل الخلفى للرحم الذى يحصل عادة فى اشهر الحمل الابتدائية و يظهر قائما بنفسه عقب الوضع فالامر ض مهم جدا واما

الميل

الميل الخلقى الذى يحصل فى غير زمن الحمل والنفاس فهو ظاهرة قليلة الاهمية تابعة لامراض اخر للرحم أو لبقية اعضاء الحوض ثم ان اعراض الميل أو الانقلاب الخلقى تشابه اعراض الانقلاب المقدم للرحم وتنتج ايضا عن الضغط الواقع على اعضاء الحوض سيما المثانة والمستقيم من الرحم الموضوع وضعا افقيا

واما سقوط الرحم فيكون ناتجا بالخصوص من استرخاء فى الجهاز الحافظ لهذا العضو فى وضعه الطبيعى اعنى أربطته والصفاقات الحوضية والمهبل ومتى أثر اذ ذاك ضغط شديد على الرحم من أعلى الى اسفل اندفع الى اسفل وانقلبت قبوة المهبل وسقط فى المهبل الى اسفل فينشأ ما يسمى بسقوط الرحم ومتى خرج الرحم من الفرج سمى هذا المرض ببروز الرحم أو خروجه وعلى حسب كون بروزه تاما او غير تام يكون الخروج تاما وغير تام ايضا وأكثر ما يحصل استرخاء جميع الجهاز المثبت للرحم فى موضعه مدة النفاس واما الضغط الذى يدفع الرحم الى اسفل بكثرة فيكون آتيا من جهة العضلات البطنية العاصرة والنساء المعرضات للاصابة بسقوط الرحم أو خروجه بكثرة هن الفقراء اللاتى ليس لهن مقدرة على صون انفسهن بعد الوضع حالا بل يشتغلن بالاشغال الشاقة بعد الولادة بأيام قليلة فبضغط العضلات البطنية يسقط الرحم الى اسفل أو يخرج وكما ان كل سقوط فى الرحم لا بد وان يؤدى لانقلاب المهبل فكذلك يحصل عكس ذلك يعنى ان سقوط المهبل قد يكون سببا فى سقوط الرحم وخروجه فمتى حصل انشقاق عظيم فى العجان مدة الوضع او عقب مؤثرات أخر وسقط الجزء السفلى من المهبل جذب الجزء العلوى منه الرحم و بذلك ينتج اما استطالة فى الجزء المهبلى من الرحم او سقوطه ومن النادر جدا مشاهدة سقوط الرحم عند النساء اللاتى لم يلدن وحينئذ اما ان توجد أحوال مماثلة للتى تحصل عقب الوضع اى استرخاء الجهاز الحافظ للرحم باى سبب كان او ان استرخاء المهبل يكون ناتجا عن تكرر السيلانات المهبلية او عن افراط الجماع وان سقوط الرحم يكون ناتجا عن اورام ثقيلة فى الحوض ضاغطا على الرحم من أعلى الى أسفل ومتى حصل سقوط الرحم فجأة كما يشاهد ذلك

أحيانا عند رفع اثقال عظيمة او عند وجود سعال او زحير شديد فتحصل آلام شديدة فى البطن من توتر الاربطة الرحمية واضطرابات بنيية عمومية واغماء وغثيان ونحو ذلك واما اذا حصل سقوط الرحم أو خروجه بالتدريج فلا توجد فى الابتداء الامكابدات قليلة وهى احساس غير واضح بثقل نحو الاسفل وآلام توترية فى البطن السفلى والقطن لكن كلما ازداد سقوط الرحم ازدادت المشاق المذكورة ايضا وتأخذ فى الازدياد عند الوقوف أو المشى او السعال وتتناقص عند اضطجاع المريض والوضع الافقى وتصطحب هذه الاعراض بمكابدات وآلام عند التبول والتغوط وامساك ومغص واعراض أخر تتعلق بتغير وضع أعضاء البطن السفلى وضغطها وتوترها ومتى خرج الرحم من فوهة الفرج كون فى الابتداء ورما مستديرا أو بيضاويا بحجم كحجم الجوزة وهذا الورم يكون سهل الارتداد وعما قليل يزداد خروج الرحم ويكون مصحوبا بالمهبل وحينئذ يعظم حجم الورم كثيرا ويعسر رده ويكون عجينى الجس لكن عند الضغط عليه بشدة يحس فيه بجسم صلب واذا انجذب مع الجدار المقدم للمهبل قاع الرحم والجدار الخلفى من المثانة وخرجت من فتحة الفرج وتكون مايقال له بالقيلة المثانية شوهد فى الجزء المقدم من الورم الساقط ورم متوتر أملس متموج احيانا يعظم حجمه ويتناقص مرارا مدة النهار بل ويمكن الوصول الى باطنه بواسطة قساطير مجرية تدخل فى فوهة قناة مجرى البول واذا أدخل الاصبع فى المستقيم شوهد انه منجذب الى الامام شبه قاع كيس وفوهة الرحم تكون منفتحة لان جزء المهبلى يكون منقلبا الى الخارج وتكون محمرة ومغطاة بمواد مخاطية زجاجية واما المهبل الساقط فيكون جافا جلدى القوام ثخينا ومغطى بطبقة بشرية وكثيرا مايحدث احتكاك الملابس وتهيج البول تسلخا بل وتقرحات غائرة فى الورم المذكور

المعالجة سقوط الرحم وخروجه وان كان من النادر أن يهدد الحياة الا انه يكون عيبا متعبا للغاية يندر شفاؤه شفاء تاما وفى الاحوال الحديثة يمكن الاجتهاد بحفظ وضع المريضة مستلقية على الظهر جملة أسابيع وتكرار استفراغ المثانة والمستقيم والحقن القابضة أو الباردة والتشلشل البارد

والاستعمال الباطنى للجواهر المقوية فى ارجاع قوة الانقباض الطبيعية للمنسوجات المسترخية أو فى منع ازدياد حجم هذا العضو الالتهابى طبقا للقواعد العلاجية التى ذكرت فى الالتهاب الرحمى الجوهرى المزمن لكن العادة ان الصناعة الطبية تكتفى باستعمال جهاز ساند للرحم اذ بذلك تتلطف مكابدات المرضى الناشئة عن توتر اربطة الرحم الساقط الى أسفل ومنع ازدياد سقوط هذا العضو وهذه الغاية يمكن انالتها بالتمام بواسطة الفرازج المستديرة (وهى الحلقات الصمغية المرنة للمعلم ميير) التى يكون عظمها مناسبا بحيث انه عند ادخالها فى المهبل لا توتره توترا زائدا ولا تهيجه ولا تنزلق منه الى الخارج لكن متى كانت الفتحة المهبلية الفرجية متمددة مسترخية بحيث لا تحجز الفرازج المستديرة الاعتيادية يمكن استعمال فرازج ذات قوائم تكون نقطة ارتكازها فى الخارج على الجذع وشرح تلك الاجهزة والعمليات المختلفة التى بها يمكن شفاء سقوط الرحم شفاء تاما من خصوصيات الجراحة

(المبحث السابع فى التولدات المرضية الجديدة للرحم)

الشكل الكثير الحصول فى الرحم من هذه التولدات هو الورم الليفى ويسميه بعض الاطباء بالورم الليفى العضلى فانه يحتوى على الياف خلوية وعضلية معا وهذه الاورام تتكون عند النساء بدون اسباب واضحة خصوصا من سن ٣٠ الى ٥٠ وعظمها وعددها يختلفان اختلافا عظيما فمنها ماهو صغير الحجم ومنها عظيمه جدا بحيث يبلغ وزنه عشرين رطلا او ثلاثين وتارة يوجد ورم واحد وتارة توجد اورام متعددة والغالب ان يكون شكلها مستديرا لكن العظيم منها يكون شكله غير منتظم حدبى وعند شقها يظهر لون ابيض او احمر باهت به يعرف تركيبها الليفى واتجاه اليافها الدائرى المنتظم وغير المنتظم وقوام الاورام الليفية يكون عادة كقوام الغضاريف الليفية ويندر ان يكون رخوا لينا وتحتوى فى باطنها على تجويف ممتلئ بمادة مصلية ومجلس هذه التولدات الجديدة يكاد ان يكون على الدوام فى قاع الرحم او فى جسمه وتارة تكون هذه الاورام متولدة فى منسوج الرحم ومحاطة بطبقة من منسوج خلوى رخو وتارة اخرى تكون مثبتة

به بواسطة عنيق اوبجملة عنيقات وفى الحالة الاولى تتميز على حسب كونها فى وسط جدر الرحم اوقريبة من غشائه المصلى اوالمخاطى الى أورام ليفية خلالية أوتحت غشاء مصلى أوتحت غشاء مخاطى وفى الحالة الثانية أى التى فيها تكون الاورام الليفية مثبتة بباطن الرحم بعنيق اوبجملة عنيقات تسمى بالبوليبوس الليفى وهذه الاورام الليفية قد تزيد احيانا و يقف نموها فى احوال اخر وقد يلتهب المنسوج الخلوى المحيط بها واذا تكوّن صديد فى هذه الحالة الاخيرة تنفصل هذه الاورام وتنقذف وفى جميع هذه الاشكال ماعدا الورم الليفى تحت الغشاء المصلى يحصل فى جوهر الرحم ضخامة وكثيرا ماتؤدى هذه الاورام أيضا الى تغير أوضاع الرحم وانحناآته

واعراض هذه التولدات تكون فى الابتداء غير واضحة فان اضطرابات الحيض وعلامات الالتهاب الرحمى النزلى المزمن كما تصحب تولدات الرحم الليفية تصحب غيرها من امراض هذا العضو لكن لا يصطحب بانزفة رحمية مستمرة وآلام شديدة الا القليل منها كما يشاهد ذلك فى الاورام الليفية ولذا متى اشتكت المراة ترددا الحيض كل أربعة عشر يوما وانه كثيرا مايستمر هذه المدة وانها تفقد كمية عظيمة من الدم فى كل مرة مصحوبة بآلام شديدة شبيهة بآلام الطلق غلب على الظن ان هناك ورما ليفيا فى الرحم وكلما كان النزيف غزيرا غلب على الظن ان هناك بوليبوسا عظيما فى الرحم وكلما كانت الآلام أكثر شدة غلب على الظن ان مجلس الورم الليفى منسوج الرحم وينضم لهذه الاعراض ظواهر مرضية ناتجة عن انضغاط الاعضاء المجاورة كتعسر البول والامساك والزحير وظهور الاورام الباسورية والاوذيما فى الاطراف السفلى والاحساس بألم اوخدر فيها لكن الذى يدلنا على حقيقة التشخيص هو البحث الطبيعى اذ به يمكن فى الغالب (سيما متى عظم حجم الاورام الليفية للرحم) معرفة ازدياد حجم هذا العضو وسمكه وعدم انتظام شكله وفى الاورام الليفية للرحم الكائنة تحت الغشاء المصلى يحس اعلى العانة بورم صلب مستدير تابع لجميع حركات الرحم واما فى الاورام الليفية التى تتكون هذا العضو اوتبرز فى باطنه فيكون شكله أقل انتظاما مما تقدم والجزء المهبلى من الرحم ياخذ فى القصر شيأ فشيأ

ثم يختفى بالكلية بحيث يمكن عند البحث الدقى الوقوع فى الخطأ والظن
بوجود حمل وفيما بعد تنفتح فوهة الرحم فيدخل الاصبع ويحس بالورم
الليفى والذى يعسر علينا فى مثل هذه الاحوال هو الحكم بان كان الورم مثبتا
بقاعدة متسعة او ذا عنيق لكن كلما كان حصول قصر الجزء المهبلى من
الرحم بسرعة مع عظم الرحم عظما مناسبا وكان انفتاح فوهته بسرعة
ايضا غلب على الظن ان هناك بوليبوسا ذا عنيق ومعرفة ذلك من الامور
المهمة فان عاقبة هذه البوليبوس جيدة اذ فى بعض الاحوال يمكن
استئصاله بالعمليات الجراحية واستئصال هذه الاورام من العمليات
الجراحية الجيدة العاقبة ذات النجاح الواضح فان هنالك نساء يحصل
لهن نحافة عظيمة جدا من ازدياد فقد الدم بحيث يكن على يأس عظيم
من الحياة ثم تعود لهن صحتهن بسرعة عقب هذه العملية فى أشهر قليلة
(تنبيه) حضرت لدينا امرأة من الوجه البحرى بمصر طويلة القامة
جدا نامية الاعضاء تامتها جيدة الصحة تكاد هذه المرأة من اعتدال قوامها
وانتظام جسمها ونحوه يضرب بها المثل فاول ما وقع بصرى عليها اتضح لى
عدم التناسب بين ما يقتضيه هذا التركيب القويم ولونها المنتقع المصفر
الباهت مع عدم استطاعتها للجلوس تقريبا لما يعتريها من الاغماء
والدوار حينئذ وبالاستفهام عن حالتها اتضح لى غزارة النزيف الرحمى
بحيث انه فى ابتداء المرض الذى له نحو السنتين بحسب اخبارها كان
يظن ان حيضها كثير التردد والغزارة لكن فيما بعد ازدادت كرره
واشتدت غزارته حتى ادى الى ما ذكرناه من هيئتها وحيث قوى الظن
عندى بوجود ورم ليفى فى الرحم شرعت فى البحث عنها بالجس والمنظار
طبقا للاصول الطبية ولرغبة أحد اخوانى الاطباء وهو الذى ارسلها
الى لاجل تشخيصها ومعالجتها فعندما ادخلت الاصبع فى المهبل عثرت
على ورم صلب كرى الشكل منتظمه فحين دفع الاصبع بينه وبين جدار
المهبل دفعا عميقا أحس بحافة فوهة الرحم واحاطتها فان الورم يبروزه
من باطن الرحم تمددت فوهته تمددا عظيما فكنت احس بحوافيها حول الجزء
الضيق من هذا الورم الشبيه بعنيق غليظ له وعند وضع المنظار وفتح شعبه

امكن مشاهدتى هذا الورم مشاهدة تامة والتأكيد من انه تولد جديد بارز من تجويف الرحم لكن لعظم حجمه وملئه لتجويف المهبل وفوهة الرحم ملئا يكاد يكون تاما لم يمكن التأكد بالدقة ان كان آتيا من قاع الرحم اومن أحد جدرانه أو باطن عنقه الا أن عدم التأكد من تغير أوضاع هذا العضو قوى الظن بانه ناشئ أمامن أحد جدرانه الخلفى او المقدم بقرب فوهة عنق الرحم الباطنة أومن قناة عنقه وعلى هذا صار تشخيص المريضة بانها مصابة بورم ليفى بوليبوسى فى الرحم بالنسبة لصلابته الغضروفية وهيئته البيضاء الوردية اللامعة وغزارة النزيف الآتى منه وكثرة تكرره وان هذه المريضة لا ينفعها سوى المعالجة الجراحية باستئصال الورم من محل تشبثه وكان الشروع فى ذلك فى أربعة اكتوبر سنة ١٨٧٦ والعملية التى صار اجراؤها فى هذه الحالة مع غاية النجاح هى عملية الاستئصال بواسطة الهارسة السلسلية المعروفة بآلة الهارسة للمعلم شاسنياك ولم يحصل فى أثناء العملية ولا بعدها ادنى عرض ولا نزيف عظيم سوى ان سلسلة الآلة الهارسة قد انقطعت فى اثناء العمل بها واقتضى الحال باستعاضتها بآلة اخرى واجراء العملية كان بالطريقة الاعتيادية المعلومة فى كتب الجراحة اعنى بجذب الورم جذبا قويا بواسطة الجفت ذى الكلاليب للمعلم موزو ثم احاطته بسلسلة الآلة الهارسة واجراء الهرس بها شيئا فشيئا واعقبت العملية بالنجاح التام حتى عادت المريضة لتمام صحتها وقوتها كما كانت عليه وبالبحث بالمنظار عن الرحم بعد اجراء هذه العملية باسبوع تقريبا لم يظهر فيه ادنى تغير ولا تقرح وبالبحث عن منسوج الورم بالميكروسكوب بعد استئصاله وجدت فيه الياف عضلية بكثرة خلاف الليفية وحينئذ فحقيقة الورم انه كان ليفيا عضليا وهو المسمى بالميوم الليفى الرحمى وكان وزنه نحو رطلين

وأما بافى اشكال هذا الورم فتكون أكثر خطرا كلما كان النزيف أكثر شدة فان كثيرا من المرضى يهلك عقب هذا المرض فى حالة نهوكة او استسقاء و بعضهم يهلك من حصول الالتهاب البريتونى أوعقب اختناق بعض الاحشاء البطنية الناتج عن ضغط الورم الليفى والحبل الذى يحصل احيانا ولو مع وجود

هـذا الورم والولادة والنفاس تكون مصحوبة بالخطر لكن لاحاجة لاطالة الكلام على ذلك هنا

وأما البوليبوس المخاطى فنشأه نمو وضخامة الغشاء المخاطى لهذا العضو وتارة يكون المنسوج الخلوى هو المتسلطن فى هذا البوليبوس وتارة يتسلطن فيه المنسوج الوعائى واخرى يكون ناتجا فقط عن تمدد فى الاجربة المخاطية وعلى حسب ذلك ينقسم هذا البوليبوس الى خلوى ليفى وخلوى وعائى وحو يصلى والبوليبوس المخاطى يندر ان يزيد حجمه عن الجوزة وتارة يكون كرى الشكل واخرى كمثريا وذا عنيق ثخين ومجلسه عادة بقرب عنق الرحم ثم يظهر فى فوهته ويبرز منها فيما بعد الى الخارج وهذا الشكل بانواعه ينتج عنه ايضا سيلانات رحمية وانزفة غزيرة وفى الغالب يبقى ينبوع هذه الظواهر غير واضح الى ان يتحقق بالبحث الطبيعى

المعالجة متى اراد الطبيب ارتكانا منه على بعض التجارب الجيدة الشروع فى معالجة دوائية يراد منها تحلل الاورام الليفية اوبالاقل تصغير حجمها وانكماشها فلابد وان يكون مشروعه هذا مصحوبا بقليل من العشم فى النجاح فانه يظهر ان كلا من الاستعمال الباطنى ليودور البوتاسيوم او برومور البوتاسيوم الذى أوصى به سمسن ابتداء وكلورور الكلسيوم الذى اوصى به رجبى والزرنيخ والفوسفور اللذين اوصى بهما جيينو قليلة التأثير والنجاح جدا واما استعمال الحمامات الملحية ولاسيما مياه كريتزناخ ومنستير وينابيع آدل هيت ونحوها من المياه المحتوية على اليود والبروم فلها تأثير مساعد فى الامتصاص فى بعض الاحوال بمعنى انها تحدث صغرا فى حجم الورم وقد ذكر هلدبرند انه باستعمال الحقن تحت الجلد بالارجوتين بقصد مقاومة الانزفة الرحمية التى تصاحب هذه الاورام لم يتحصل فقط على ايقاف الانزفة وزوالها بل كذلك على تصغير حجم هذه التولدات الجديدة وزوالها ومع ذلك فنجاح هذه الطريقة لم يعتبر من الثبوت الى وقتنا هذا ولو مع وجود مشاهدات تعضد جودة الحقن تحت الجلد ثم ان بعض الاورام الليفية يجوز ازالتها بواسطة عملية جراحية فقد أزيلت أورام بوليبوسية ليست فقط تحت خلوية بل خلالية بواسطة النزع من المهبل ولو أن العملية

فيها ليست خاليـة عن الخطر بل وبعض هـذه الاورام لسرعة نموه وتهديده للحياة صار استئصاله امامع الرحم أوعـلى حدته والاورام الليفيـة العضلية تحت خلوية ذات العنيق هى التى يكون اجراء العمليـة فيها حميـد العاقبة فترى انه بواسطة ازالة مثل هذه البوليبوسات بواسـطة العملية الجراحية القليـلة الخطر (كالحالة التى ذكرناها) ان النساء اللاتى يكدن يهلـكن من غزارة النزيف واستمراره يعـدن الى الصحة التامة فى قليل من الاشـهر ويكتسبن هيئتهن الزاهيـة وكثيرا مايكون الطبيب فى بعض أحوال من الاورام الليفيـة العضليـة للرحم مضطر اللامتناع عن اجراء طريقـة علاجية شفائية تامة وحينئذ فيجتهد فى منع نمو الاورام وارتقاء المكابدات الناتجة عنها بواسطة الايصاء بالمعيشة الجيدة مع الراحة بدون مشاق جسمية وانفعالات نفسـية والتحذير من تكرار الجماع وارسال العلق زمنا فزمنا بكمية قليلة عـلى الجزء المهبـلى من الرحم وشرب بعض المياه المعـدنية فى أثناء الصيف والاستحمام بها وأما مقاومة الانزفة المنهـكة فنحيلها عـلى معالجة النزيف الرحمى

وأما سرطان الرحم فشاهدته فى الرحم أكثر من غـيره من الاعضاء الباطنة الأخرى وفى الغالب يكون هذا السرطان ذا منسوج نخاعى ويندر أن يكون اسكيريا او هلاميا وابتداء الاستحالة السرطانية التى تحصل عادة على هيئة ارتشاح منتشر يكون فى الجزء المهبلى من الرحم ابتداء ويندر ان يمتـد الى قاعدته لـكن فى الغالب يمتد جهة الامام فيصيب المثانة او جهـة الخلف فيصيب المستقيم بحيث ينشأ عن تقرح الرحم تهتكات عظيـمة واستطراقات جديدة بين الرحم والمثانة أو بين الرحم والمستقيم وكثيرا ماتمتد الاستحالة المرضية الى العقد الليمفاوية المجاورة والاعراض التى بها تعرف السرطانات الرحمية هى الآلام القطنية فى النصف السفلى والخاصرتين وهذه الآلام تكون فى الابتداء قليلة ثم تتزايد فيما بعد تزايدا عظيما جـدا بحيث تلتجئ المرضى لتعاطى مقدار عظيم من الافيون لاجـل تسكين هذه الآلام ومنها النزيف الرحمى الذى يحصل ابتداء مـدة الحيض ثم يبقى مستمرا بعده زمنا طويلا ومنها السيلانات الرحمية المهبلية المخاطية التى تصير فيما بعد مائية

حريفة كريهة الرائحة جدا واذا بحث بالاصبع فى ابتداء هذا المرض احس بورم غير منتظم حديبي صلب جدا فى الجزء المهبلى من الرحم ثم فيما بعد يحس بقرحة سرطانية مشرزمة قمية الشكل ذات حواف منقلبة سهلة الادماء عند اللمس لكن غير حساسة ويحصل الموت فى هذا المرض عقب ظهور اعراض النهوكة العظيمة وكثيرا ماتتكون سدد ذاتية فى باطن الاوردة الفخذية بل قد تحصل تثقبات فى تجويف البطن أو عوارض مغمة أخرى تسرع فى الهلاك

وأما التولدات الفطرية للرحم المعروفة بالتولدات الحلمية أو الشبيهة بزهر القرنبيط فيعنى بها أورام حلمية تتكون على فوهة الرحم تتضاعف عادة عند استمرارها زمنا طويلا بالسرطان البشرى وهذه الاورام الحلمية تنشأ عن ضخامة عظيمة فى حلمات الفوهة الرحمية فتظهر ابتداء على شكل أورام حلمية أو درنية ثم فيما بعد أى عند ماتتوشح هذه الحلمات بخمل منتشر ذى فريعات تظهر هذه الاورام على هيئة تولدات شبيهة بزهر القرنبيط وكل من الحلمات والخمل يتكون من لفائف وعائية متمددة مغطاة بطبقة بشرية سميكة ولا تحتوى الاعلى قليل من المنسوج الخلوى ثم فيما بعد تظهر فى قاعدة هذه الاورام بين الطبقة العضلية والخلوية للجزء المهبلى للرحم كهوف صغيرة اى تجاويف تمتلئ بمادة السرطان البشرى وتؤدى عند تقدم سيرها لانهتكات عظيمة ثم ان هذه الاورام الشبيهة بزهر القرنبيط التى تظهر بعد الموت أو عقب استئصالها باهتة مبيضة تكون مدة الحياة ذات لون أحمر قانى وتدمى بسهولة عظيمة وينفرز منها سائل غزير شبيه بغسالة اللحم يكتسب رائحة كريهة ثم ان هذه الاورام يسهل اشتباهها بالسرطان بسبب هيئة تركيبها وباصطحابها بآلام شديدة فى القطن والخاصرتين وبسبب نهوكة المرضى ووقوعها فى حالة انيميا عقب الفقد العظيم للافرازات المرضية والانزفة وكثيرا ما يستمر هذا الاشتباه الى الممات الذى يطرأ عند أغلب المرضى عقب حصول النهوكة التى تحصل فى هذا المرض أيضا ولو أنها تتأخر زيادة عما فى السرطان ثم ان المبادرة باستئصال هذه الاورام قد تعقب فى بعض الاحوال بشفاء تام

(المعالجة) معالجة السرطانات الرحمية المهم فيها هي العملية الجراحية وفي الحقيقة ولو ثبت بالتجارب انه لا يتحصل على شفاء تام بها الا في احوال استثنائية فهي التي يمكن بها فقط نجاة المرضى أو اقل ما هنالك تحسين حالتهن وقتيا ومما يتأسف عليه كون الارتشاح السرطاني وقت وصوله لمعلومية الاطباء ومما لجتهم له بالصناعة يكون قد امتد الى قبوة المهبل أو من العنق الى أعلى بحيث لا يتيسر استئصال الجزء المهبلي الرحمي من جوهر هذا العضو الذي لم يزل سليما ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال المشكوك فيها لم تزل العملية الجراحية هي الامل الوحيد لامتداد الحياة وهذه العملية تفعل بكيفية بها يتأكد استئصال الجزء المهبلي من الرحم بواسطة المقص أو المشرط (أو بواسطة الملعقة الحادة للمعلم سيمون ان لم يمكن الوصول بسهولة الى الجزء المريض) ثم يكوى سطح الجرح ولا بد كياقويا بواسطة الحديد المحمى أو بمحلول البروم الالكولي كما أوصى به روت وغيره وذلك لمنع بقاء أجزاء سرطانية مختفية وعدم نجاح العملية

وأما المعالجة العرضية فأهمها مقاومة الآلام بواسطة المركبات الافيونية اما بالحقن الصغيرة المضاف اليها قليل من خلاصة الافيون أو صبغته واما بالحقن بالمورفين تحت الجلد وهو الاجود ولاجل مضاربة السيلان الغزير تستعمل الحقن المنظفة القابضة وان كان السيلان ذا خواص صديدية منتنة أضيف اليها نقط من حمض الكربوليك أو فوق منجانات البوتاسا أو كلورور الجير والانزفة المنهكة يصير مقاومتها بواسطة الحقن بالماء البارد أو الجليد أو محلول فوق كلورور الحديد المخفف وقد يقتضي الحال لوضع كرات من القطن أو الاسفنج مبتلة بمحلول فوق كلورور الحديد غير المخفف وعند عدم النوم يجوز استعمال الكلورال الادراتي

(المبحث الثامن في اضطرابات الحيض)

اضطرابات الحيض ليست في الحقيقة انواعا مرضية مخصوصة بل هي اعراض لامراض الاعضاء التناسلية ولامراض أخر بها تحصل اضطرابات عمومية في البنية ولذا كان شرح انقطاع الحيض وتعسره والنزيف الرحمي لا يخص في الحقيقة كتب الباتولوجيا الخاصة والعلاج بل يخص كتب العلامات

والتشخيص لكن بسبب اهمية هذه الاضطرابات فى الطب العملى التزمنا ان نشرحها هنا بالاختصار كما جرى عليه كثير من المؤلفين فنقول

منها تقدم حصول الحيض وهذا العارض قليل الحصول جدا ان عنى به النزيف الذى يحصل من اعضاء التناسل قبل تمام البلوغ و يكون متعلقا بانقذاف حويصلة جراف التامة النضج وحيث لم يوجد عندنا امر كاف للتأكد ان كان هذا التعلق موجودا أو غير موجود فعلينا ان نتمسك بان حصول هذا النزيف هل يتردد فى اوقات منتظمة ام لا وهل هو مصحوب باضطراب عام فى البنية وبآلام فى القطن والظهر وغيرها من الظواهر التى تكاد ان تصحب الحيض على الدوام ام لا وأما النزيف الذى يحصل من اعضاء التناسل فى مدة سير بعض الامراض الحادة سيما الامراض التسممية الحادة وفى مدة سير بعض الدسكرازيات المزمنة والاحتقانات الاحتباسية الوريدية و يكون حصوله مرة واحدة أو جملة مرار بدون انتظام فليس له ادنى ارتباط بالحيض فاذا خرج نزيف من بنت يبلغ سنها اثنى عشر سنة الى أربعة عشر فى البلاد الباردة ولم يصل سنها من أربعة عشر الى ست عشرة سنة أو لم تكن تامة النمو فيقال حينئذ ان هذا النزيف مرضى لكن ان كانت متكاملة واعضاؤها فى غاية النمو فلا تكون هذه الحالة حالة مرضية فان كثيرا من البنات اللاتى يكن فى السن المذكور ولم يزل يتوجهن للمدارس و يلبسن ملابس قصيرة ومع ذلك يوجد الثديان ناميين عندهن بالكلية فمثل هؤلاء البنات يقال ان نموهن متقدم وليس معتريهن اضطراب فى الحيض بل ان تأخر الحيض عند مثل هؤلاء البنات لاظهوره ظهورا دوريا منتظما هو الذى يعتبر مرضيا لكن هناك احوال غير السابقة لا يندر ان يشاهد فيها عند بنات لم يتم نموهن وسنهن من احدى عشرة الى اثنى عشرة سنة حصول نزيف من اعضاء التناسل يتردد بكيفية منتظمة ومصحوبة بالاعراض الخاصة لاحتقان اعضاء الحوض بحيث لا يشك فى مثل هذه الاحوال ان هناك نموا متقدما فى حويصلات جراف وحيضا متقدما مرضيا وقد دلت التجارب على ان مثل هؤلاء البنات يصبن فيما بعد بالخلوروز المستعصى

ومنها تأخير انقطاع الحيض وذلك ان النساء ينقطع الحيض عندهن عادة من سن ٤٥ الى ٤٨ سنة و يندر جدا ان يتأخر انقطاعه عن هذا الزمن وان حصل ذلك ينبغى التأكد من أن هذا النزيف حيض حقيقى اوناتج عن امراض أخر فى أعضاء التناسل

ومنها انقطاع الحيض وذلك يطلق على الحالة المرضية التى فيها يفقد الحيض عند امرأة تجاوزت سن البلوغ ولم تصل الى سن اليأس ولم يكن عندها حمل ولا ارضاع وتأخير الحيض يعد نوعا من انقطاعه وكذا انقطاعه المتقدم يعد نوعا آخر منه فان كانت الشابة التى يبلغ سنها ١٦ أو ١٨ سنة ذات جسم غير تام النمو كطفلة عمرها عشر سنين او ١٢ سنة فلا تكون مصابة بتأخير الحيض أو فقده كما ان البنات اللاتى سنهن اثنى عشر سنة أو ثلاث عشرة سنة وتامات النمو اذا حصل عندهن الحيض لم يكن مصابات بتقدم حصوله ثم ان كلا من فقد الحيض وتأخيره وتقدم انقطاعه يكون فى الغالب متعلقا باضطرابات عامة فى البنية أكثر من تعلقه بامراض موضعية فى أعضاء التناسل وعلى الخصوص الخلوروز وداء الخنازير والسل الرئوى هى التى تحدث تأخر الحيض او انقطاعه بالكلية وليس من السهل فى مثل هذه الاحوال الحكم بان كانت البيضة لم يتم نضجها او بان كان النزيف الذى يصاحبه انقذافها هو المفقود لكن متى شوهد اعراض احتقان كثيرة الوضوح أو قليلتها نحو الاعضاء الحوضية وتردد بانتظام فى كل أربع اسابيع وكانت هذه الاعراض مصحوبة بانتفاخ فى الثديين وازدياد فى الافراز المخاطى لاعضاء التناسل دل ذلك على ان النزيف هو المنقطع فقط والاحوال المخالفة لذلك تدل على ان نضج احدى الحويصلات الجرافية لم يتم بالكلية وأما أمراض الاعضاء التناسلية التى ينتج عنها انقطاع الحيض فيعد منها الاستحالات المرضية للبيضين وهو نادر سيما اذا كان كل منهما محلا لتغيرات مرضية جوهرية عظيمة ومنها أمراض الرحم المختلفة سيما النزلات المزمنة للرحم وخصوصا التهاباته الجوهرية المزمنة اذ فى هذا المرض الاخير تنضغط الاوعية الرحمية بسبب ضمور المنسوج الخلوى المحيط بها وانكماشه واحيانا يشاهد انقطاع الحيض عند شابات ذات بنية وصحة

جيدتين وذلك لانه لم يحصل فى أعضائهن التناسلية تقدم فى النمو مثل نمو باقى اجزاء الجسم وبالجملة فقد ينتج انقطاع الحيض عن اضطراب عصبى عمومى والذى يؤيد ذلك أحوال شلل النصف السفلى التى فيها ينقطع الحيض بعد حصول هذا العارض حالا

وأما الانقطاع الفجائى للحيض فهو فى الغالب عرض للالتهاب الرحمى الحاد ويتعلق بنفس الاسباب المرضية التى ذكرناها عند شرح أسباب هذا المرض ويصطحب باعراضه السابق ذكرها ويندران ينقطع الحيض فجأة عقب تناقص كمية الدم العمومى كما يشاهد ذلك عقب الفصد أو احتقان توارد شديد نحو عضو بعيد عن الرحم به يحصل تناقص الدم المحتوى عليه هذا العضو

وأما الحيض العوضى فيعنى به الانزفة التى تحصل من بعض الاغشية المخاطية الاخر أو من جروح او من أورام انتصابية مدة انقذاف احدى حويصلات جراف و يكون حصولها بدلا عن دم الحيض المنقطع بالكلية اوالذى يسيل بكمية قليلة جدا وهذه الظاهرة قد ثبتت بمشاهدات عديدة وفسر اسكنزونى حصول الحيض العوضى بالكيفية الآتية وهو أن النضج الدورى لاحدى البيضات ينتج عنه ثوران وعائى عمومى فمتى كان هناك تغيرات جوهرية مهيئة للانزفة امكن ان يحصل تمزق وعائى من عضو غير متعلق بالاعضاء التناسلية والتزيف الحاصل بسبب قلة مقاومة المحل المتغير يؤثر بنفس الكيفية التى يؤثر فيها الفصد مدة الحيض بمعنى انه يقلل احتقان الغشاء المخاطى الرحمى بحيث انه لا يحصل فيه تزيف بالكلية أو يحصل بكمية قليلة جدا

وينبغى فى معالجة انقطاع الحيض الاهتمام باتمام الدلائل العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب بمعنى انه يلزم معالجة المرض الذى يكون انقطاع الحيض عرضا له ومع ذلك فهناك أحوال فيها يستمر انقطاع الحيض زمنا طويلا ولو بعد زوال المرض الاصلى وفى مثل هذه الاحوال التى ليست بكثيرة كما تعتقده العوام ينبغى الاهتمام بالتأكد ومعرفة كون التزيف الحيضى هو المفقود أو نضج البيضة هو الحاصل اذ لا فائدة فى

استعمال الحمامات القدمية المهيجة ان كان الحاصل هو الامر الاخير
لا الطمث نفسه لكن اذا كان هناك علامات احتقان فى الحوض
وانتفاخ فى الثديين وزيادة افراز مخاطى فى الاعضاء التناسلية دالة على
انقذاف احدى الحويصلات الجرافية وكان الغشاء المخاطى الرحمى فى حالة
احتقان وجب الاجتهاد فى ازدياد درجة هذا الاحتقان ووصوله الى درجة
التمزق الوعائى بحيث يحصل الحيض فانه ان حصل احتقان بدون سيلان
دموى نتج عن ذلك تغيرات فى الغشاء المخاطى للرحم وجوهره بخلاف ما اذا
حصل النزيف فان هذا الخطر يمتنع وذلك يكون باستعمال الوسائط المدرة
للطمث وأهمها التشلشل بالماء الفاتر فى الرحم وتشريط فوهته وارسال
العلق عليها أو الحقن المهيجة فى المهبل بواسطة جهاز التشلشل الرحمى ونحو
ذلك فاذا لم يمكن استعمال هذه الوسائط بسبب غشاء البكارة وجب وضع
المحاجم على الجهة الانسية من الفخذين واستعمال الحمامات المهيجة
القدمية والجلوسية واما الجواهر المدرة للطمث التى تعطى من الباطن
فاجودها الصبر والجويدار والابهل لكن ينبغى استعمال هذه الوسائط
مع غاية الاحتراس ولا تستعمل متى وجدت ظواهر احتقان أو التهاب
فى الاعضاء الحوضية

وأما غزارة الطمث او النزيف الرحمى الذى هو عبارة عن غزارة فى السيلان
الحيضى فقد ذكرنا انه يكون عرضا للامراض العضوية المختلفة للرحم
وتولداته الجديدة وكذا قد يشاهد هذا النزيف بدون تغيرات عضوية
مدركة فيما اذا حصل عائق فى رجوع الدم من الاوردة الرحمية كما يحصل
ذلك فى مدة سير امراض القلب والرئة ونحو ذلك كما انه قد يشاهد ايضا فى
أحوال الاحتقانات التواردية للرحم الناتجة عن تهييج هذا العضو بواسطة
الافراط فى الجماع بل وعن التهيجات النفسية الشهوانية وبندران
يكون غزارة الطمث او النزيف الرحمى متعلقا بالدياتيز النزيفى
ويكون ظاهرة من جملة ظواهر الاسكربوط والفرفرة النزيفية والامراض
التسممية الحادة كالجدرى النزيفى والحصبة النزيفية والتيفوس
وفى الاحوال التى يكون فيها النزيف الرحمى ناتجا عن احتقان قاصر

أو ستعد يكون هذا العارض مسبوقا ببعض اعراض مشابهة للتي تصاحب الحيض الطبيعي لكنها تجاوزها في الشدة وخروج النزيف يكون اما على حالة سائلة او انه ينعقد ويخرج من المهبل على هيئة جلط غير منتظمة ويندر ان ينعقد في باطن الرحم فينتج عن ذلك ما يسمى بالبوليبوس الليفي كما يشاهد ذلك بكثرة عقب السقط وهناك نساء ذوات مزاج دموي يحتملن فقد النزيف الدموي ولو بكمية عظيمة بدون ان يحصل عندهن ادنى ضرر لكن النساء اللاتي يكن في حالة انيميا يحصل لهن من هذا النزيف ارتقاء في ظواهر الانيميا

ومعالجة غزارة الطمث او النزيف الرحمي ينبغي فيها الالتفات الى معرفة المرض الاصلي ففي الاحوال التي يكون فيها هذا النزيف ناشئا عن التهاب رحمي مزمن ينبغي ارسال العلق مع التكرار على الجزء المهبلي من الرحم او تشريطه فان هذه الطريقة ذات نجاح عظيم في مثل هذه الاحوال ومن المهم أن توصى المرضى متى كان الفقد الدموي عظيما ومهددا لقوتهن باجتناب المشاق الجسمية والعقلية بالاستقرار في الفراش مدة الحيض مع الراحة والهدوء مع منعهن عن استعمال المآكل والمشارب المنبهة وتعطى لهن المشروبات المصنوعة من الحوامض المعدنية والنباتية ويندر الالتجاء الى استعمال المكمدات الباردة والجليدية أو الجواهر الموقفة للنزيف وذلك انه ان ابتدأ النزيف الرحمي ان يؤثر تأثيرا مضعفا في البنية وجب اعطاء القوابض من الباطن كجذور الراتانيا والتنين ومحلول فوق كلورور الحديد ونحو ذلك واجود استعمالا في ذلك الجرعة الآتية المركبة من خلاصة الجويدار المائي والتنين من كلٍّ جرام واحد ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما ومن الشراب البسيط ٣٠ جراما ويعطى من هذه الجرعة ملء ملعقة اكل كلَّ ساعتين او ثلاثة لكن هناك أحوال فيها يكون النزيف غزيرا جدا بحيث يقاوم جميع الوسائط التي ذكرناها ويهدد حياة المريض ففي مثل هذه الاحوال يلتجأ لاستعمال معالجة قوية كالسد المهبلي والحقن تحت الجلد بمحلول الجويدارين بل والحقن في باطن الرحم بواسطة محلول مركز من كلورور الحديد

واما عسر الحيض فيعنى به نوع من اضطرابات الحيض فيه يحصل قبل خروج النزيف وفى اثناء خروجه مكابدات شديدة وقد ذكرنا فيما تقدم ان عسر الحيض عرض من جملة اعراض انحناآت الرحم وغيرها من أمراض هذا العضو لكنه كثيرا ما يشاهد ايضا بدون وجود تغيرات عضوية مدركة فى هذا العضو ويميز لعسر الحيض شكلان أحدهما العصبى والثانى الاحتقانى فالاول يشاهد عند النساء المصابات بثوران مرضى فى قابلية تنبيه المجموع العصبى وفى مثل هذه الحالة الاضطرابات العقليـة المحزنة التى توجد عند أغلب النساء قبل حصول الحيض تصل الى درجة عظيمة جدا وكذا الآلام البطنية والقطنية والفخذية تزداد ازديادا عظيما جدا مدة الحيض وكثيرا ما يمتد التنبيه العصبى من الاعصاب الحسية للرحم المريض الى اعصاب أخر ومن ذلك تحصل آلام عصبية فى أعضاء أخرى بعيدة بل اضطرابات تشنجية ونحو ذلك وجميع هذه الاعراض توجد فى الغالب مدة اليوم الاول من الحيض ثم تزول فى اليوم الثانى او الثالث زوالا كليا وقد يحصل ذلك بكيفية منتظمة كل مرة بحيث ان بعض النساء يلتجئ للمكث فى الفراش كل أول يوم من الحيض وفى أحوال أخرى قد تستمر المكابدات التى تشاهد فى الاحوال المذكورة مدة الحيض بتمامها وليس من البعيد عن العقل ان الآلام فى الحالتين المذكورتين تنتج عن انقباض تشنجى فى فوهة الرحم وعن انقباضات شبيهة بآلام الطلق فيه واما الشكل الثانى أى شكل عسر الحيض الاحتقانى فيسبق حصول النزيف فيه اعراض احتقان شديد نحو اعضاء الحوض واشتداد فى قوة انقباض القلب واحتقان شديد فى الرأس وحركة حمية عمومية وجميع هذه الاعراض يحصل فيها تلطيف عظيم متى حصل خروج دم الحيض بكمية غزيرة وذلك يتم عادة فى اليوم الثانى أو الثالث وهذا الشكل لا يوجد فقط عند النساء ذوات الامتلاء الدموى بل كثيرا ما يشاهد أيضا عند النساء ذوات البنية الضعيفة الانيمياوية ومن العسر الحكم به هل يكون فى هذا الشكل احيانا عسر انفجار احدى حويصلات جراف الكائنة فى باطن المبيض او المغطاة بطبقة بريتونية متكاثفة سببا فى حفظ احتقان الاعضاء الحوضية زمنا طويلا وارتقائه الى درجة عظيمة وباشتداد

الاحتقان فى الرحم قد يحصل نضح بين الغشاء المخاطى وجوهر الرحم فينفصل الغشاء المخاطى على هيئة ندف صغيرة او عظيمة وتنقذف الى الخارج

وعسر الحيض العصبى يلتجأ فى معالجته لاستعمال المخدرات من الباطن أو على شكل حقن أو بالحقن تحت الجلد بالمورفين وذلك خلافا لمعالجة المرض الاصلى واما فى الشكل الاحتقانى لعسر الحيض فيوصى بارسال العلق ويندر فيه الالتجاء الى الفصد من الاوردة الذى كان يفعل سابقا بكثرة من أوردة القدمين

(تنبيـــه) قد استعمل بكثرة فى العصر المتأخر مع النجاح توسيع عنق الرحم توسيعا ميخانيكيا بواسطة مراود من الاسفنج المجهز او قطعه بالسلاح بواسطة الآلة المسماة بقاطعة الرحم فيما اذا كان عسر الطمث ناتجا عن تضايق فى هذا الجزء

(المبحث التاسع فى القيلة الدموية خلف الرحم)

القيلة الدموية خلف الرحم تنشأ عن انسكاب دموى يحصل فى اثناء الطمث اما سائبا فى تجويف البطن اوفى المنسوج الخلوى تحت الطبقة المصلية للحوض سيما بين وريقتى الاربطة العريضة للرحم ففى الحالة الاولى يقرب للعقل ان حويصلة جراف المتمزقة تكون مجلسا للنزيف غزير غير طبيعى بحيث ينسكب الدم فى تجويف البطن بلا واسطة وفى الحالة الثانية يظهر ان النزيف ينشأ عن تمزق فى احد الاوعية الكائن فى المنسوج الخلوى تحت البريتون فكما ان الاحتقان التواردى الشديد فى الاعضاء الحوضية الذى يصاحب انقذاف احدى البيضات النضجة يؤدى فى الحالة الطبيعية احيانا للتمزقات وعائية فى الغشاء المخاطى الرحمى وانسكاب دموى فى تجويفه فكذلك قد ينتج عنه بتأثير بعض الاسباب غير المعلومة لنا انسكاب دموى فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المصلى للاعضاء التناسلية الباطنة

ومن منذ ماشخص المعلم بريت لى حالة مرضية من الاحوال التى شاهدتها فى السنين الاخيرة القيلة الدموية خلف الرحم وتحقق لى هذا التشخيص

من الراحة التامة عقب خروج الدم بكمية عظيمة من المستقيم تأكد عندي ان هذا المرض ليس بنادر كما زعم كثير من المؤلفين ولا اشك في ان معظم الاحوال التي كنت اشخصها عند النساء الحائضات بالتهاب بريتوني مبهضي مع نضح متكيس كانت ناتجة عن انسكاب دموي في تجويف الحوض أو في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المصلي أعني عن قيلة دموية خلف الرحم والاحوال التي شاهدتها كانت عند شابات معتريهن من منذ سنين اضطراب الحيض اما على صفة المكابدات الطمثية الشديدة أو على صفة الفقد الدموي المستمر المستطيل والذي يظهر طبقا للمشاهدات غيرنا ان هذه القيلة يكثر وجودها في مثل هؤلاء الشابات دون النساء اللاتي يحضن بدون مكابدات مع فقد قليل من الدم

(الاعراض والسير)

أعراض هذه القيلة هي عين اعراض الالتهاب البريتوني الناشئ من الاعضاء الحوضية ذوي السير تحت الحاد والمنتشر في البريتون كثيرا أو قليلا وقد يسبق الآلام البريتونية الشديدة التي ترتقي الى درجة غير مطاقة بأقل ضغط احساس بضغط وتألم في الجزء الغائر من تجويف الحوض والحمى المصاحبة لذلك تختلف شدتها ولا ترتقي الى درجة عظيمة جدا ومن النادر ان تبتدأ بنوبة قشعريرة واحدة شديدة بل الغالب ان تتكرر القشعريرة في اثناء سير هذا المرض عدة مرات والعرض الملازم هو تعسر البول وكثيرا ما يحتبس بالكلية بحيث يلتجأ الى استفراغ المثانة بواسطة القساطير جملة أيام متوالية وكذا التبرز يكون عسرا وكثير من المرضى من يشتكي بغثيان وتهوع أو يعتريه قيء مستعص يحصل كلما تعاطت المريضة ولو قليلا من المشروبات والمطعومات فان شوهدت هذه الاعراض عند امرأة في اثناء الطمث أو عقب انقطاعه بقليل أمكن مع التقريب تشخيص القيلة الدموية خلف الرحم والذي يقرب التأكد من ذلك هو البحث الموضعي فان تيسر فعل ضغط عميق على تجويف البطن في جزئه السفلي عثر الطبيب على ورم محدود أعلى العانة لا يكون عادة على الخط المتوسط بل مائلا لاحدى الجهات وعظم هذا الورم يختلف وكثيرا ما يمكن العثور بجواره في الخط المتوسط على قاع

الرحم المندفع الى اعلى وبالبحث من المهبل يوجد الجزء المهبلى من الرحم مرتفعا الى أعلى ومتقاربا من العانة ويوجد فى القبوة الخلفية من المهبل ورم متوتر مرن املس يمكن التباسه عند البحث السطحى بقاع الرحم المنحنى الى الخلف وهذا الورم يمكن تحديده من احدى الجهات زيادة عن الاخرى والعلامات الاكثر تشخيصا تستنتج من البحث من المستقيم اذ بذلك لايخفى على الطبيب وجود ورم املس مرن بين المستقيم والرحم دافع لهذا العضو نحو العانة

وسيرهذا المرض يختلف بحسب كون الانسكاب الدموى يمتص تدريجا أو يستفرغ من ذاته أو بالصناعة ففى الحالة الاولى يحصل انحطاط فى الآلام بعد قليل من الايام لكنها لا تزول بالكلية بل تستمر مع اختلاف شدتها جملة أسابيع حتى تزول بالكلية مع تناقص فى حجم الورم وفى الاحوال التى شاهدتها وجدا التهاب رحمى نزلى شديد فى اثناء هذا الزمن مع استفراغ افراز قيحى مختلط بالدم احيانا وأما ان حصل تثقب فى المستقيم أو فى المهبل أو استفرغ الدم بالصناعة من احد هذين العضوين فان كلا من مكابدات المريضة والورم يزول دفعة واحدة ومن النادر ان يؤدى الانسكاب الدموى لتقيح فى الاجزاء المحيطة به وتكون خراج

المعالجة ـ فى معالجة القيلة الدموية خلف الرحم ينبغى ابتداء الاعتناء بمقاومة الالتهاب البريتونى المتعلق بالانسكاب الدموى حيث لم تكن عندنا وسائط معلومة بها يمكن احداث سرعة فى امتصاص الدم المنسكب فارسال العلق مرة أو جملة مرار على حسب الاقتضاء وكذا استعمال الضمادات الفاترة غير الثقيلة على القسم الخثلى والالتفات الى استفراغ المثانة والمستقيم يكفى فى احداث الانتهاء الجيد لهذا المرض فى اسبوعين او اربعة وقد أوصى بعض المؤلفين لسرعة استفراغ الدم ببزل قبوة المهبل بآلة بارزة رفيعة لكن بهذه الكيفية يمكن احداث فساد فى الدم الباقى وتقرح فى الاجزاء المحيطة ان لم يلتفت جدا الى منع دخول الهواء

(تنبيه) يوصى فى هذا المرض كذلك عند استمرار النزيف او تردده زيادة عن الراحة التامة باستعمال الوضعيات الجليدية على البطن اوفى

المهبـل مع تعاطى محلول فوق كلورور الحـديد او الحقن تحت الجلد بمحلول الارجوتين وعند وجود آلام شـديدة يستعمل الحقن تحت الجلد بمحلول المورفين وعند ظهور الظواهر الالتهابية تستعمل المعالجة اللائقة بالالتهاب البريتونى الجزئى بان تعطى المركبات الافيونيـة لاجـل ايقاف الحركات المعوية الديدانية وعند تناقص الالتهاب يجتهد فى ازالة الامساك بواسطة الحقن الملينة ونحو ذلك ولا ينبغى بزل الورم الا عند وجود اعراض شـديدة خطرة ولم يكن هناك أمل فى امتصاص الدم مـع ماسبق ذكره من الاحتراس من عدم دخول الهواء واما ان حصـل تقيح فينبغى فتح الورم بشـق عريض واستفراغه استفراغا تاما وغسـله بواسطة الحقن بسوائل مانعة للتعفن من المهبل

(الفصل الثالث فى أمراض المهبل)

لا نتكلم فى هذا الفصل الا على التهاب هـذا العضو وأما التغيرات الخلقية للمهبل والتولدات الجديدة المرضية فيه وغير ذلك من امراض هذا العضو فشرحها يختص بكتب الجراحة فلا نتعرض لها

(المبحث الاول فى الالتهاب المهبلى النزلى الزهرى)
(المعروف بالسيلان الزهرى المهبلى)

ماقيل فى كيفية ظهور السيلان المجرى الزهرى عنـد الرجال واسبابه يقال هنا فى السيلان المهبلى الزهرى عند النساء وهـذا الالتهاب لايمكن تمييزه تمييزا تشريحيا عن الالتهاب النزلى الغير الزهرى لهذا العضو وانما يتميز عنه بسيره ومنشائه ولا ينتج هذا المرض عن الافراط من الجماع او اسباب مهيجة أخر وانما ينتج عن العدوى بالسم السيلانى الزهرى

(الصفات التشريحية)

المجلس الاصلى للالتهاب السيلانى الزهرى عنـد النساء هو الغشاء المخاطى للفرج والمهبل ويندر أن يمتد هذا الالتهاب الى الغشاء المخاطى الرحمى ويكاد أن يمتد فى جميع الاحوال الى الغشاء المخاطى المجرى عنـد النساء ومعرفة ذلك مهمة جدا فى تشخيص هذا المرض ويشاهد فى الغشاء المخاطى ابتداء

جميع التغيرات الخاصة بالالتهابات النزلية الحادة الشديدة وفيما بعد التغيرات الخاصة بالالتهابات النزلية المزمنة والسيلان الذى يكون فى ابتداء هذا المرض قليلا يصير عادة فيما بعد غزيرا قيحيا احريفا بحيث يتسلخ منه الفرج والجهة الانسية من الفخذين وليس له وصف نوعى خلاف كونه حاملا للاصل المعدى

(الاعراض والسير)

الظواهر الابتدائية التى يتضح بها السيلان المهبلى الزهرى هى الاحساس باكلان وحرارة متزايدة فى الاجزاء التناسلية وسيلان مادة مخاطية قليلة منها وهذه الظواهر لا يعتنى بها فى الابتداء عادة ثم بعد بعض ايام من ابتداء ظهور هذا المرض يحس باكلام شديدة محرقة فى الاعضاء التناسلية وانتفاخ فى الشفرين العظيمين وحرقان عند التبول لكن يندر أن تصل هذه الظواهر الى درجة عظيمة جدا بحيث تعوق مشى المرضى والقعود وحركات الجسم والافراز الذى يكون فى هذا الدور اصفر مخضر امتكاثفا قيحيا كثيرا ما يخرج بكمية غزيرة من بين الشفرين ويوجد فى نفس الفرج والاجزاء المحيطة به الى الاست تقرحات سطحية لا ينبغى اختلاطها بالتقرحات الزهرية الرخوة وعند الضغط على قناة مجرى البول يخرج من فوهتها على الدوام سائل قيحى ثم بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع تتناقص الالام ثم تزول بالكلية والسيلان يفقد أيضا هيئته القيحية لكن يستمر زمنا طويلا حتى انه يكتسب هيئة الافراز المخاطى ويفقد الخاصية المعدية

المعالجة المعالجة الموضعية التى فضلناها عن المعالجة الباطنية فى السيلان المجرى عند الذكور هى الوحيدة المستعملة فى السيلان المهبلى عند النساء فاننا متى تأملنا مجانس السيلان الزهرى عند النوعين سهل علينا معرفة منفعة تأثير بلسم الكوباى والكبابة الصينى عند الرجال دون النساء حيث ان العناصر المؤثرة لتلك الجواهر تخرج مع البول وفى ابتداء هذا المرض مادامت الاعراض التهابية والالام شديدة يوصى بالحمية واستعمال المسهلات والحمامات الباردة الجلوسية المستطيلة ويوضع فى

أثنائها المنظار المهبلي متى لم تمنع الآلام من ذلك ومتى زالت الاعراض الالتهابية يوصى باستعمال الحقن من محلول نترات الفضة أو التنين أو الشب أو الزنك أو خلات الرصاص والحقن المستعملة بكثرة مع النجاح التام هي ما أوصى بها المعلم ريكور وهي مركبة من خلات الرصاص المتبلور ثمانية جرامات ومن الماء خمسمائة جرام اعني ثلاثة دراهم على رطلين وعوضا عن استعمال الحقن بهذا السائل ينبغي صبه في منظار من الزجاج الاعتيادي بعد ادخاله في المهبل ثم يجذب بالتدريج بحيث يلامس هذا السائل جميع اصقاع المهبل وفي الاحوال المستعصية يوصى بوضع سدادات من النسالة مذرور عليها مسحوق الشب في المهبل او مس الغشاء المخاطي من هذا العضو بمحلول نترات الفضة أو بقلم من الحجر الجهنمي الصلب ولزيادة الايضاح راجع معالجة السيلان المهبلي البسيط في المبحث الآتي

(المبحث الثاني في الالتهاب المهبلي النزلي البسيط)

(المعروف بالسيلان المهبلي البسيط او الابيض)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من المعلم كوليكر واسكنسوني الذي بحث عن افراز الغشاء المخاطي المهبلي في الحالة الصحية والمرضية بحثا جيدا وجد عند قليل من النساء وبالخصوص عند من لم تلدنهن ولم تجامع الا قليلا الافراز طبيعيا وكان هذا الافراز قليلا جدا حتى ان سطح الغشاء المخاطي يبقى في حالة تندية وانزلاق منه وخواص هذا الافراز تكون على الدوام حمضية ولم تحتو على عناصر متشكلة سوى قليل من الاخلية البشرية ثم قبل الحيض بقليل وبعده يكون هذا الافراز غزيرا مستوى السيولة وذا خواص حمضية على الدوام ومشتملا في هذا الزمن على كمية عظيمة من اخلية بشرية ومختلطا ولو بعد زوال الطمث بكمية عظيمة أو قليلة من كرات دموية ما دام لونه محمرا وأما في الاصابات النزلية فوجد كل منهما ان الافراز المجتمع في قاع المهبل اما ذو صفة مائعة كاللبن أو كثيف مصفر وكلما كان هذا الافراز قليل الشفافية مبيضا أو مصفرا كلما كثرت فيه الاخلية البشرية والاخلية الجديدة (وهي

الجسيمات المخاطية أو القيحية) وكذا الحيوانات النقعية التى استكشفها دونى وسماها بالتريكوموناس المهبلى وكذا أيضا بعض اخيطة فطرية وخلية فاتضح من ذلك ان كلا من المؤلفين السابقين لم يعثر على وجود افراز مخاطى مهبلى صحى الا نادرا فيستنبط من ذلك ان الحالة النزلية للغشاء المخاطى المهبلى اكثر الامراض انتشارا عند النساء واكثر الاسباب انتاجا لهذا المرض هى التهيج اللاواسطى للمهبل عند الافراط من الجماع ومع ذلك فكثيرا ما ينتج هذا المرض عن اسباب أخر ذكرناها عند الكلام على اسباب الالتهاب الرحمى النزلى ومما يتمسك به ان الالتهاب النزلى المهبلى كالالتهاب الرحمى النزلى كثيرا ما يتعلق باضطرابات بنيية اكثر من تعلقه بتهيجات موضعية ـ ويستنتج من اعتبار الاسباب المهمة لهذا المرض ان النزلة المهبلية نادرة الحصول فى سن الطفولية وهذا عين الواقع بقطع النظر عن الاحوال التى فيها يسيح الدود ذو الذنب الدقيق (أو الوثاب) من المستقيم الى المهبل ويحدث فيه تهيجا شديدا

(الصفات التشريحية)

فى الالتهاب النزلى الحاد يوجد الغشاء المخاطى المهبلى شديد الاحمرار منتفخا مسترخيا ويشاهد فيه فى كثير من الاحوال ارتفاعات عديدة صغيرة تكسب سطحه هيئة حبيبية وليست هذه الارتفاعات عبارة عن تمدد فى اجربة المخاطية كما كان يظن سابقا بل انها تنشأ عن انتفاخ الجسم الحلمى المخاطى وهذه التغيرات تكون تارة منتشرة فى جميع سطح المهبل وتارة قاصرة على بعض اجزائه والافراز يكون فى الابتداء قليلا لكن عما قليل يصير غزيرا عكرا كثيرا او قليلا

وفى الالتهاب النزلى المهبلى المزمن يظهر جدار المهبل مسترخيا ولون سطح الغشاء المخاطى يكون أحمر ضاربا بدرجة متفاوتة ونفس السطح يكون كثير التصبب زيادة عما فى الالتهاب النزلى الحاد والافراز يكون تارة لبنيا وتارة مصفرا كثيفا واسترخاء الغشاء المخاطى كثيرا ما يؤدى لسقوط لا سيما سقوط الجدار المقدم من المهبل

(الاعراض والسير)

تشتكي المرضى كذلك في الالتهاب المهبلي النزلى الغير الزهرى متى كان حادا بأكلان وآلام محرقة في الاعضاء التناسلية لكن حيث ان قناة مجرى البول تبقى مصونة عن الاصابة بهذا الالتهاب النزلى تفقد الآلام عند التبول وعلى كل حال فمكابدات المرضى لا تكاد تكون مطلقا شديدة كما في الالتهاب المهبلي الزهرى وفي التهاب المهبل النزلى المزمن يكون سيلان الافراز الغير الطبيعي أعنى السيلان الابيض المهبلي هو العرض الوحيد لهذا المرض وكون هذا السيلان آتيا من المهبل أو من الرحم لا يقطع به الا بعد البحث بالمنظار وكثير من النساء يتحمل فقد هذا السيلان بدون أدنى ضرر وأخر يحصل لهن منه اعراض انيميا وتلون وسخ ترابي في الوجه وضعف في القوى ونحافة

المعالجة - النزلات المهبلية كثيرا ما يكون ينبوعها احوال امراضية عمومية أو موضعية أخرى بحيث ان اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية يكفى في كثير من الاحوال في الشفاء التام على انفراده ولمنع التكرار يراجع ما ذكرناه في المعالجة السببية للالتهاب الرحمي النزلى - وأما المعالجة الموضعية فيوصى فيها عندما يكون الالتهاب المهبلي حادا شديدا باتباع ما ذكرناه في الالتهاب المهبلي الزهرى والمعالجة الموضعية للسيلانات المهبلية المزمنة تستدعى على الخصوص غسل الغشاء المخاطى المتراكم عليه الافراز المرضى المهبلي بواسطة الحقن بالماء الاعتيادى أوماء الرصاص أو بماء امس أو غيره من المياه القلوية بواسطة محقنة ذات طلمبة وينبغى ان يكون السائل فاترا ابتداء (اى في حرارة الدم) ثم تخفض درجة حرارته شيئا فشيئا بحسب حساسة المريضة الى ان يصير باردا وكذا الحمامات الجلوسية الباردة (مع استعمال المناظر المهبلية المثقبة ان امكن) لها منفعة عظمى في هذا المرض وفي الاحوال المستعصية لا تكفى هذه المعالجة البسيطة المنظفة بل تحتاج الحال لاستعمال الحقن القابضة المتكررة كل يوم وأكثرها استعمالا الحقن بمحلول التنين (خمس جرامات الى خمسة عشر على رطل من الماء) وكذا الحقن بمحلول الشب أو كلورور الحديد اوسلفات

الخارصين او النحاس وكذا بمطبوخ قشر البلوط او الراتانيا ونحو ذلك ومن الجيد عند استمرار هذا المرض زمنا طويلا استعمال تلك الجواهر على التعاقب وفى الاحوال المستعصية يوصى كذلك باستعمال سدادات مستطيلة اسطوانية من القطن أو الاسفنج توضع مدة من الساعات اوطول الليل جملة ايام متوالية وتكون هذه السدادات مدهونة بمرهم التنين او الشب (بقدر ٣ جرامات على ١٥ جراما الى ثلاثين جراما من الشحم او الجليسرين) وقد يتيسر للمريضة تعلم وضع تلك السدادات الاسطوانية باليد واخراجها بل وقد يستعمل التنين استعمالا موضعيا على صفة الشياف المهبلية (بان يؤخذ من التنين ٢٥ جراما ومن زبدة الكاكاو ٣٠ جراما ويعمل من ذلك شياف) وفى الاحوال المستعصية لا يبقى علينا الا الكى السطحى للغشاء المخاطى المهبلى والجزء المهبلى من الرحم بواسطة قلم من الحجر الجهنمى او وهو الاجود مسها بفرشة مبتلة بمحلوله المركز (جزء على ثلاثة اوار بعة من الماء المقطر) فان المس يعم سطح الغشاء المخاطى ويكرر المس بهذه الصفة كل ثمانية ايام اوار بعة عشر وفى المعالجة الموضعية لكل التهاب مهبلى نزلى ينبغى التأكد من كون قناة عنق الرحم اوتجويفه مصابا ام لا حتى يصير التعميم فى المعالجة بالمس

(المبحث الثالث فى الالتهاب المهبلى ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى)

التغيرات الالتهابية الغشائية والدفتيرية الكثيرة الحصول فى اثناء سير الحميات النفاسية نادرة الحصول فى غير هذه الحالة وتتعلق اما بمؤثرات مضرة تؤثر تأثيرا موضعيا أو بامراض بنيية فكل من افراز السرطان الرحمى المتقرح والبول الذى يسيل على الغشاء المخاطى المهبلى دائما فى أحوال الناصور المثانى المهبلى والفرزج المهبلى الموضوع وضعا غير لائق وبوليبوس الرحم الممتد فى المهبل يمكن ان يؤدى لالتهابات غشائية أو دفتيرية فى الغشاء المخاطى المهبلى كما يشاهد ذلك أيضا فى الادوار الاخيرة من التيفوس والهيضة والحصبة والجدرى مع التهابات غشائية أو دفتيرية فى اغشية مخاطية اخرى وغالبا تكون فقط بعض اجزاء الغشاء المخاطى المهبلى مغطاة باغشية كاذبة أو متحيلة الى خشكريشة دفتيرية و يظهر

الغشاء المخاطي في محيط تلك المحال أحمر داكنا وبعد انفصال الخشكريشة بخلاف ذلك فقد جوهر غير منتظم يكون اما سطحيا أو غائرا نحو الباطن والاعراض التي تعلن بحصول هذا المرض هي الآلام الشديدة في الاجزاء التناسلية والسيلان الذي يحصل عما قليل من الايام ويكون مدمما غالبا كريه الرائحة لكن بالبحث الموضعي يتأكد من هذا المرض وفي الاحوال التي فيها يكون سبب هذا الالتهاب الفرزج العظيم او المنتن يكفي تبعيده واستعمال الحقن الفاترة ابتداء ثم الباردة القابضة وكذا يزول هذا المرض بسهولة متى استؤصل بوليبوس الرحم المحدد للهبل تمددا عظيما واما الاحوال التي فيها يكون هذا المرض ناتجا عن سرطان متقرح او ناصور مهبلي فيقتصر فيها على استعمال معالجة مسكنة واما شكل هذا المرض الذي يطرأ في اثناء سير الامراض التسممية فيكفي فيه حفظ النظافة حيث انه بزوال المرض الاصلي يزول هذا المرض التابعي عادة

❧ * ❧

فى امراض المجموع العصبى

(الفصل الاول فى امراض الدماغ)

(المبحث الاول فى احتقان الدماغ وأغشيته)

(كيفية الظهور والاسباب)

طالما بقى الامر منبهما من كون الاوعية الدموية الكائنة فى تجويف الدماغ توجد فى الجثة تارة ممتلئة بالدم وتارة خالية عنه فقيل ان كمية الدم المحتوى عليها تجويف الجمجمة المتغلق فى كل شخص تام النمو لا يمكن ازديادها ولا تناقصها بل تكون دائما على حالة واحدة فلا يتصور حصول انيميا الدماغ او احتقانه الا اذا حصل تزايد فى جوهره أو تناقص فيه أعنى ضخامة أو ضمور كانت هذه النظريات من جهة مؤسسة على اعتبار ان الدماغ عضو غير قابل للانضغاط أو بالاقل ليس قابلا لذلك من الضغط الذى يعتريه من متحصل الاوعية الدماغية ومن جهة أخرى على اعتبار ان هذا العضو منحصر فى جدر غير قابلة للتمدد فعلى ذلك لا يمكن ان يهرع الى تجويف الجمجمة كمية من الدم الا بقدر ما يستفرغ منه والعكس بالعكس وخطأ هذا الاعتبار بين فانه مبنى على ان ما احتوت عليه الجمجمة هو الصفايا الدماغية وجوهر الدماغ واوعيته الدموية ومتحصلها فقط بدون اعتبار السائل الفقرى الدماغى فان هذا السائل الذى هو عبارة عن مجرد ارتشاح يمكن ان يتزايد أو يتناقص بسرعة أو يندفع الى القناة النخاعية التى هى ليست محاطة بجدر تامة الصلابة وفى الحقيقة يمكن بواسطة الصفات التشريحية التحقق من عدم التناسب دائما بين كمية الدم المحتوية عليها اوعية الدماغ وكمية السائل الفقرى الدماغى بمعنى ان امتلاء اوعية الدماغ بالدم امتلاء عظيما يصحبه تناقص فى كمية السائل الفقرى الدماغى الكائن تحت العنكبوتية والعكس بالعكس بمعنى ان فراغ الاوعية الدماغية من الدم يصطحب بتزايد فى السائل المذكور بحيث توجد خلالات المنسوج الخلوى تحت العنكبوتية ممتلئة بكمية عظيمة من سائل مصلى وانما يمكن اذا كان الدماغ

فى حالة ضمور أن يوجد مع امتلاء الاوعية الدموية أوذيما فى الحشايا الدماغية ويكفى أقل تناقص فى متسع تجويف الجمجمة كما ينشأ ذلك عن انسكاب دموى أو ورم فى الدماغ او تجمع مادة مصلية فى الجيوب الدماغية حتى يشاهد مع انيميا الدماغ جفاف فى أغشيته وانمحاء الميازيب بين التعاريج الدماغية

ثم ان تقسيم احتقان الدماغ الى متعدى وقاصر أو الى تواردى واحتباسى طبقا للتسمية المطردة مهم لامن حيثية سهولة الدراسة فقط بل من حيثية الطب العملى أيضا فان كلا من اعراض هذين الشكلين يتميز عن الآخر

فالاحتقان التواردى للدماغ ينشأ عن أسباب منها ازدياد فعل القلب وهو وان نتج عنه ازدياد فى امتلاء الشرايين لابد وان ينتج عنه تناقص فى امتلاء الاوردة أيضا بحيث ان كمية الدم المحتوية عليها أوعية الدماغ والقائفه لا تزداد بازدياد فعل القلب لكن ازدياد الضغط الباطنى فى الشرايين يؤدى لازدياد فى امتلاء الاوعية الشعرية وبهذا الاخير يتعلق بقاء وظائف الدماغ وتغذيته على الحالة الطبيعية وعدمه لا بكمية الدم المحتوية عليها الجذوع الشريانية الدماغية وهذا الشكل من احتقان الدماغ يحصل وقتيا من ازدياد فعل القلب السليم وشدة انقباضه كما يشاهد ذلك فى الاحوال الحمية والتنبهات الجسمية والعقلية العظيمة ويكون اعتياديا عند ازدياد فعل القلب الضخم وانقباضه لكن لا يحصل هذا الامتى كانت ضخامة القلب مرضا قائما بنفسه او انضمت لعايق دورى وصارت عظيمة جدا زيادة عن مكافأتها لهذا العايق والضخامة البسيطة غير المضاعفة لا تحصل بكثرة ولا تكاد تشاهد الا عند الشرهين فى الاكل والمشتغلين دائما باشغال جسمية شاقة واما الضخامة القلبية العظيمة جدا الزايدة عن مكافأة العايق الدورى المنضمة اليه فكثيرة المشاهدة ومن هذا القبيل الضخامة العظيمة للبطين الايسر عند عدم كفاية غلق الصمامات الاورطية والضخامة القلبية التى تصير احيانا عظيمة جدا المصاحبة لداء بريكث ومنها ان الاحتقان الدماغى التواردى ينشأ عن تناقص فى قوة مقاومة الاوعية الآتية بالدم الى الدماغ سواء كان التناقص وراثيا او عارضيا ويقال على

العموم فى الاشخاص ذوى الشرايين الدماغية القليلة المقاومة الرقيقة الجدر بحيث يكون تحملها الضغط الدم المتزايد اقل من شرايين باقى اجزاء الجسم والذين يحصل عندهم احتقان دماغى توارد شديد كلما ازداد فعل القلب ولو قليلا فانهم مستعدون للاحتقانات الدماغية بكثرة ومنها ان الاحتقانات الدماغية تحصل بكثرة من ازدياد الضغط الباطنى فى الشرايين السباتية عقب عوق استفراغ دم الاورطى فى الجذوع الاخرى الخارجة منه واوضح مثل لذلك الاحتقان الدماغى النفممى التواردى الجانبى الذى ينشأ عن تضايق الاورطى وانسداده فى محل انفتاح القناة الشريانية لبوتال وكثيرا ما يحصل هذا الاحتقان عقب انضغاط الابهر البطنى وتفرعاته من الاحشاء البطنية الممتدة او من وجود تجمع مصلى او انسكاب التهابى فى تجويف البطن وعوق الدورة فى سطح الجلد مدة دورة القشعريرة فى الحميات المتقطعة وتاثير البرد الشديد فى سطح الجلد يؤدى الى حصول الاحتقانات الدماغية التواردية النفممية الجانبية وذكر المعلم وستون ان كثيرا من الاشخاص ارباب الاشغال الشاقة يحسبهم العسس سكارى فى الليالى الباردة فيقبض عليهم فى الطرق وليسوا كذلك بل مصابون باحتقانات دماغية من تاثير البرد واضطراب الدورة الجلدية الناتج عنه ومما يقرب للعقل ان المجهودات العضلية الشديدة ينتج عنها ازدياد فى امتلاء الشرايين السباتية واحتقانات دماغية توارديه تابعية بسبب ضغط العضلات المنقبضة على الاوعية الشعرية وعوق الدورة فى الاطراف ومنها ان الاحتقان المذكور ينشأ عن شلل الاعصاب الوعائية فى جدر اوعية الدماغ فان التجارب الفسيولوجية دلت على ان قطع الجزء العنقى من العظيم السنباتوى يعقبه تمدد فى اوعية نصف الراس المسامت له ويظهر ان لتعاطى المشروبات الروحية او بعض السموم وكذا الانفعالات النفسية والافراط من الاشتغالات العقلية تاثيرا مماثلا لما ذكر فى اوعية الدماغ فانها تحدث تنوعا فى التاثير العصبى الواقع على جدر الاوعية الشعرية فتزيد فى اتساعها وبذلك يزداد توارد الدم الى الدماغ وبه توجه الظاهرة النادرة الحصول وهى موت بعض الاشخاص فجأة من شدة الحزن او الفرح مثلا

وبالجملة فينشأ الاحتقان الدماغى التواردى من ضمور هذا العضو وسينضح فيما سيأتى ان نوع هذا الاحتقان هو السبب فى كثير من النزفات الوعائية الدماغية وفى أغلب نكسات السكتات الدماغية ومن الجائز ان الضمور الحادث فى الدماغ الذى يحصل مدة النقاهة من الامراض الثقيلة المستطيلة والتمدد الوعائى التابعى هما السبب فى حصول الاحتقانات التواردية فى الدماغ

وأما الاحتقانات الدماغية الاحتباسية فتنشأ عن عدة أمور منها انضغاط الاوردة الودجية والاجوفية العليا وأوضح شكل لهذا الاحتقان هو ما ينشأ عن احتباس الدم فى الدماغ عقب الخنق وزيادة عن ذلك فقد تنضغط الاوردة الودجية بواسطة الاورام الدرقية العظيمة أو العقد اللينفاوية المنتفخة كما ان الوريد الاجوف العلوى قد ينضغط بواسطة انيرزم الاورطى ومنها حصول الاحتقانات الدماغية الاحتباسية بواسطة مجهودات الزفير الشاق جدا عند تضايق المزمار كما يحصل ذلك من السعال الشديد أو الزحير العنيف أو النفخ فى الآلات الموسيقية فانه بهذه المجهودات يحصل عوق فى استفراغ الدم فى الصدر كما سبق ذكره مرارا فلا يرد فى الدورة الصغرى الاقليل من الدم فتمتلئ اوعية الدورة العظمى وفى مثل هذه الاحوال يحصل احتقان عظيم جدا فى الدماغ زيادة عن باقى الاعضاء الحشوية للدورة الكبرى كالكبد والطحال والكليتين فان عوق استفراغ الدم فى القحفة العليا من الصدر تكون اعظم من استفراغه من القحفة السفلى وزيادة عن ذلك فان الاعضاء الغددية البطنية يعتريها نفس الضغط الواقع من انقباض العضلات البطنية الذى يعترى اوردة الصدر والقلب ومنها حصول هذه الاحتقانات من جميع آفات القلب التى ينتج عنها تناقص فى فعله وقوته ان لم تصحب بتغيرات مرضية ذات فعل مضاد أو معادل لها ففى أحوال عيوب صمامات التجاويف اليسرى من القلب غير المتعادلة وان لم تزد كمية الدم المحتوية عليها اوعية الدماغ وأغشيته لانه مع ازديادامتلاء الاوردة تكون الشرايين قليلة الامتلاء لابد أن يعوق امتلاء الاوردة استفراغ الدم من الاوعية الشعرية وبذلك

يحصل الاحتقان الشعرى وهذا هو المهم كما ذكرنا وأشد الاحتقانات الدماغية فى الدرجة ماينشأ عن عيوب صمامات التجاويف اليمنى من القلب اذ فى مثل هذه الاحوال لا يحصل فقط مجرد عوق فى استفراغ الدم الوريدى من الدماغ بل ان كمية الدم المحتوى عليها تجويف الجمجمة يتزايد جميعها ومنها ان حصول هذه الاحتقانات لا يندر من انضغاط الاوعية الرئوية أو تلاشيها وفى مثل هذه الاحوال الاخيرة التى تحصل عقب الانفزيما الرئوية وسيروز الرئة والانسكابات البلوراوية العظيمة يكون احتقان الدماغ مصاحبا الاحتقان غيره من الاعضاء الحشوية ومتعلقا مثله بامتلاء اوعية الدورة العظمى وفراغ الدورة الصغرى

وبالجملة فلنذكر شكلا آخر من الاحتقانات الدماغية التى ليست صفاتها كباقى صفات الاحتقانات التواردية والاحتباسية ومعرفة هذا الشكل مهمة فى الطب العملى وذلك لتجنب حصولها فيمن يوجد عندهم تغير مرضى فى الاوعية الدموية ومستعدون للسكتة الدماغية اعنى شكل الاحتقان الذى هو ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموى العام الوقتى الحاصل من الافراط فى المطاعم والمشارب

(الصفات التشريحية)

من العسر غالبا عند فعل الصفات التشريحية معرفة كون السحايا أو الدماغ وهى أشد عسرا هل كانت ممتلئة بالدم مدة الحياة زيادة عن الحالة الطبيعية أم لا فكثير امايوجد فى قوائم الصفات التشريحية خطاء بين من هذا القبيل فان الاطباء غير المتمرنين على الصفات التشريحية الذين لا يعتبرون الا الاوعية الممتلئة الموجودة فى الاصفار المنحدرة من الدماغ بدون اعتبار سطح هذا العضو بتمامه يظنون فى كل صفة تشريحية ان الدماغ وأغشيته فى حالة احتقان كما انه لا يبعد الوقوع فى خطاء آخر ولانه يندر فعل صفات تشريحية من الاطباء فى جثة بعض الاشخاص الذين لم تتناقص منهم كمية الدم وتتلاشى بواسطة الامراض الحمية المستطيلة ولذلك يعتبرون ان كمية الدم الطبيعية الموجودة فى الدماغ عند الموت الفجائى فى بعض السالمين مرضية لاطبيعية وان احتقان الدماغ هو السبب فى الموت وكلما كان انعقاد الدم

فى الاوعية أقل وكان هو وعمخوالاوردة مدة النزع تاما كان الوقوع فى هذا الخطا أكثر حصولا فكثيرا ما يظن فى مثل هذه الاحوال ان سبب الموت هو الاحتقان الدماغى أو الرئوى مع انه فى الحقيقة هو شلل القلب او عوق دخول الاوكسجين فى الرئتين ولاجل تجنب الوقوع فى مثل هذا الخطاء الاخير ينبغى اعتبار كمية الدم المحتوى عليها باقى الجسم ومن جهة أخرى يعتبر احيانا وجود أثر الاحتقانات الدماغية فى الجثة مع انها ولابد كانت موجودة مدة الحياة بل قد يوجد الدماغ فى مثل هذه الاحوال باهتا خاليا عن الدم ولوان سبب الموت فيها كان بلاشك هو الاحتقان الدماغى وذلك يحصل من الاحتقانات الدماغية التى فيها يوجد تمدد فى الاوعية الشعرية من تهيج الدماغ فان مثل هذه الاحتقانات يشتد خطرها بسبب الارتشاح المصلى الذى يحدث من جدر الاوعية وحصول الاوذيما الدماغية تبعا له وبهذه المثابة يمكن ان تنضغط الاوعية بحيث ينشأ عن ذلك انيميا شريانية (أى قلة الدم الشريانى) عوضا عن احتقان الدماغ وهذا التوجيه وان كان نظريا الا أنه يمكن أن يضاهى ببعض أمور تماثله فمثلا الانتفاخات الحلية فى بعض امراض الجلد (كالانجرية) ليست الا نتيجة الاحتقان لكن الاحتقان يؤدى الى حصول اوذيما فى الجلد وهى تؤدى الى حصول الانيميا فيه ولذا يكون الانتفاخ الحلى الجلدى أبيض اللون محاطا بهالة محمرة

وفى أحوال أخرى تكون معرفة احتقان الدماغ سهلة فان كثيرا ما يشاهد فى الاحوال الحادة منه لاسيما فى الشكل الاحتباسى ان كلا من جلد الرأس وقحف الجمجمة محتو يا على كثير من الدم وعند فصل قبوة الجمجمة من الام الجافية يسيل مقدار عظيم من الدم من الاوعية المتمزقة والجيوب الدماغية تكون ممتلية بالدم امتلاء عظيما ويوجد فى الام الجافية احتقان عظيم ويكون لون العنكبوتية لبنيا عكرا ومياز يب الدماغ سطحية ضعيفة علوة باوعية الام الحنونة المحتقنة ولايوجد فى الهالات تحت العنكبوتية سائل مصلى وسطح الدماغ يظهر املس مستويا والاوعية الرقيقة للام الحنونة تكون محتقنة وعند شق جوهر الدماغ تظهر نقط دموية عديدة

تختلط بعضها على سطح الشق والجوهر السنجابى للدماغ يكون أحمر داكنا مسمر او يندر ان يظهر فى الجوهر الابيض للدماغ لمعان محمر
وأما احتقانات الدماغ المزمنة ففيها تمدد أوعيته تمددا مستمرا فتوجد فى سيرها متعرجة كثيرة التمدد وكذا الاوعية الشعرية توجد متمددة أيضا عند البحث عنها بالمكروسكوب وفى هذا الشكل كثيرا ما يكون الدماغ ضامرا وحينئذ يوجد فيه زيادة عن امتلاء أوعيته أوذيما وتجمع سائل مصلى فى الهالات تحت العنكبوتية وهذه المشاهدة الرمية تشاهد بكثرة فى المنهمكين على السكر وتوجه بانه عند ضمور هذا العضو يحصل ازدياد فى السائل الفقرى الدماغى حتى يملا المسافات الخالية كما ان الاحتقان الدماغى المتردد يظهر أنه ينتج عنه نمو فى التحببات الباكيونية فتوجد تارة متفرقة وتارة مجتمعة على هيئة تولدات مبيضة غير شفافة حبيبية فى العنكبوتية وبالخصوص على جانبى الجيوب المستطيلة وهذه التحببات بضغطها على الام الجافية يمكن ان تبعد اليافها عن بعضها وتثقبها وباستمرار ضغطها يمكن ان تحدث ضمورا فى العظام وحينئذ توجد مجتمعة فى انبعاجات العظام الجمجمية وهذه التحببات تتركب من منسوج خلوى وتحتوى احيانا على موادد هنية واملاح كلسية

(الاعراض والسير)

ينبغى قبل شرح مجموع اعراض الاحتقان الدماغى الالتفات لعدم الوقوع فى الخطا المنتشر المضر بالمرضى هو أنه فى جميع الاحوال التى تكون فيها وظائف الدماغ مضطربة وليس هناك تغيرات مادية ثقيلة فى هذا العضو تنسب فيها تلك الاضطرابات الوظيفية لاحتقان الدماغ (أولانيميته)
فالاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ فى الاحوال الحمية مثلا لا تتعلق ولا بد باحتقان دماغى تواردى ناشئ عن ازدياد فعل القلب بل تتعلق ولابد كما ذكرنا اما بارتفاع درجة حرارة الدم الموجود فى أوعية الدماغ واما باختلاطه بموادغريبة (اعنى سوء الاخلاط الحمى) الذى هو نتيجة ضرورية لازدياد التحلل العنصرى فى المنسوجات الحاصل فى أثناء الحمى الشديدة فانه من المعلوم انه فى أحوال الحميات الضعفية التى فيها ترتقى حرارة الجسم

وتولدها الى أعلى درجة مع ان حركات القلب وان كانت سريعة الا انها تكون ضعيفة ولا يوجد احتقان دماغى توارد حينئذ ويكثر الهذيان ونحوه من الاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ

وكذا اعراض الشمس اعنى تأثير حرارة الشمس على الرأس لا تتعلق تبعا للتجارب التى فعلت فى المحاربة الاخيرة بين البروسيا وفرانسا وتبعا لتجارب المعلم أوبرنيير باحتقان دماغى ناشئ عن تأثير اشعة الشمس على الراس كما كان يظن سابقا فان اعراض المرض المذكور عبارة عن شلل فجائى فى جميع وظائف الدماغ أو تدريجى وفى الحالة الاخيرة يسبق علامات الشلل هيجان أو هذيان أو غيرهما من اعراض التهيج الدماغى وقد تحقق فى مناطق بلادنا بالاقل ان تأثير الاشعة الحارة للشمس لا تكفى بانفرادها فى احداث هذه العوارض الثقيلة وانها لا تظهر الا متى كانت الاشخاص المصابة بها معرضة فى الايام الحارة لمشاق جسمية عظيمة لاسيما متى لم يحصل عندهم عرق تام بسبب قلة تعاطى كمية كافية من السوائل فمن الجائز القول بانه فى مثل هذه الاحوال لقلة انتشار الحرارة وتشععها بسبب درجة الحرارة المرتفعة للهواء المحيط وازدياد تولد الحرارة فى الجسم بسبب المجهودات العضلية وبتناقص تبريد الجسم الحاصل بواسطة التبخير الجلدى يحصل ولابد ارتقاء فى حرارة الجسم ارتقاء زائدا عن الحد به لا يمكن استمرار الحياة وأما امتلاء الاوعية الوريدية للمخ يا الذى يوجد حقيقة فى جثة الهالكين بالشمس فقد بيناه فيما سبق

وبالجملة فلا تتعلق بالكلية اعراض التسمم الحاد بالكؤلى وكذا التسمم الحاد بالافيون ونحوه من المخدرات ولوان الدماغ فى مثل هذه الاحوال يكون محتقنا بامتلاء دموى فى الاوعية وغاية ما هنالك أنه لا يتعلق به الا البعض منها والظاهر ان ذلك ينعكس بالنسبة للظواهر المرضية الناشئة عن الافراط المستمر من المشروبات الروحية ومن الجواهر المخدرة الذى ازداد جدا من منذ ظهور الحقن تحت الجلد بالمرفين فانه فى مثل هذه الاحوال يكون ولابد للاحتقان الدماغى أهمية عظيمة زيادة عما يحصل فى اعراض السكر والتسمم الحاد بالافيون

ثم ان

ثم ان اعراض الاحتقان الدماغى تظهر احيانا باعراض ثوران وازدياد فى قابلية تنبيه الالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ وتنبهها تنبها مرضيا أعنى بظواهر تهيج وتارة تظهر بظواهر تناقص أو فقد فى قابلية تنبيه الاجزاء العصبية المذكورة أعنى بظواهر الخمود والشلل وفى الغالب تسبق اعراض التهيج اعراض الخمود وفى احوال أخرى قد تفقد الاعراض الاولى بالكلية فتظهر من الابتداء اعراض الخمود ويعتبر عادة ان اختلاف هذه الاعراض متعلق باختلاف درجة الضغط الذى يعترى الدماغ من جهة الاوعية الكثيرة التمدد أو القليلته كما يشاهد ذلك مثلا فى الاعصاب الدائرية فان الضغط الخفيف عليها يحدث فيها تهيجا والضغط الشديد يحدث فيها شللا ويظهر أن هذا التوجيه صواب بالنسبة لحصول ظواهر التهيج فقد دلت التجارب على ان بعض الاعصاب التى تمر من قنوات عظمية مصحوبة باوعية دموية تقع فى حالة تهيج مرضى عند امتلاء تلك الاوعية فالاعصاب الدماغية المحاطة بالام الجافية وعظام الجمجمة تكون فى حالة مشابهة لذلك بالكلية عند زيادة امتلاء الاوعية الدماغية بحيث تكون كالاعصاب النافذة من قنوات عظمية متى كانت الاوعية الدموية المصاحبة لها ممتلئة بخلاف توجيه ظواهر الشلل بارتقاء الضغط الباطنى الوعائى فانه يظهر غير صواب فان هذا الضغط الذى يعترى الدماغ ولو فى الاحوال الثقيلة جدا من الاحتقان لا يصل الى درجة الضغط الناتج عنه شلل فى أحد الفروع العصبية الدائرية وقد قيل لتعضيد هذا الرأى ان الضغط خارج الاوعية الذى يكاد لا يكون أعظم من الضغط الباطن المحدثة له الانسكابات الدموية الصغيرة فى الدماغ ينتج عنه كذلك شلل لكن سنذكر فيما سيأتى ان النشنجات السكتية فى النزيف الدماغى لا تتعلق مطلقا بانضغاط الدماغ ورضه بواسطة الانسكاب الدموى بل القريب للعقل ان ظواهر الخمود والشلل فى الاحتقانات الدماغية الشديدة تنشأ عن عوق أو امتناع ورود الدم الشريانى الكثير الاوكسجين للالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ فان هذا هو الشرط الضرورى لتنبيه المجموع العصبى بتمامه وفى الاحتقانات الاحتباسية يكون استفراغ الدم الوريدى من الدماغ معوقا ومن الواضح

انه مع امتلاء الاوردة لا يمكن هروع دم شريانى جديد فى الاوعية الشعرية والقول بان اعراض الاحتقان الدماغى تشابه بالكلية اعراض انيميا هذا العضو فيه صحة بالنسبة للاحتقان الاحتباسى للدماغ وانيميا هذا العضو وتوجيه هذا التشابه واضح فانه فى كلتا الحالتين يمتنع ورود دم شريانى جديد نحو الدماغ وأما توجيه ظواهر الشلل التى تشاهد أيضا فى الاحتقانات التواردية الدماغية فلابد فيه من الالتجاء للنظريات القائلة بانه يحصل فى أثنائها أوذيما دماغية تابعية وبذلك يحصل فى الدماغ حالة مخالفة لحالة الاحتقان الموجود ابتداء أعنى انيميا شعرية واعراض الاحتقان الدماغى تتنوع تنوعا عظيما بحسب كون ظواهر تهيج الدماغ أوشلله تكون قاصرة بالاكثر على الحساسية أوالحركة أوالوظائف العقلية ولا يمكن توجيه هذا الاختلاف توجيها كافيا بوجه ما

ثم انه يعد من جملة ظواهر التهيج فى الحساسية ألم الرأس وازدياد قابلية التنبيه بواسطة المؤثرات الحسية والادراكات الذاتية البسيطة فى الحواس فاما ألم الراس الذى هو ظاهرة كثيرة الحصول جدا فى جميع أمراض الدماغ ويصحب غالبا احتقان هذا العضو فهو عرض عسر التوجيه حيث لا يعرف ان كان ينبوعه مركز يا اعنى حاصلا فى اجزاء الدماغ التى ينتج فقط عن اصابتها الجرحية ظواهر ألم فى الحيوانات الفاقدة الاحساس بالكلية عقب قطع النصفين الكريين العظيمين المفقودى الحساسية بالكلية اوبان كان متعلقا وهو الاقرب للعقل بتهيج الالياف العصبية للتواصى الثلاثى المتوزعة فى الام الجافية وأما ازدياد قابلية التنبيه بالنسبة للمنبهات الحسية فينتج عن ارتقاء قابلية تنبيه اجزاء الدماغ المحتقنة التى بواسطتها تدرك المنبهات الدائرية وتصل الى قوة الادراك فان المرضى لا يزداد احساسهم وبصرهم وشمهم وسمعهم عن العادة غيرانهم يضطربون ويتألمون من تأثير المنبهات على أعضاء الحواس ولو كانت أقل قوة من المنبهات التى لم تنزعج منها فى حالة الصحة وكان كلا من الفزع من الضوء وزيادة تأثيرهم من اللغط والضغط الذى يشاهد فى الاحتقانات الدماغية يعتبر من جملة ظواهر ازدياد قابلية تنبيه الدماغ فكذلك تعتبر الظواهر الحسية التى تحس بها المرضى بدون تأثير

منبهات طبيعية ظاهرة من هذا القبيل كرؤية الشرر امام الاعين أو البريق وطنين الاذنين والاحساس بالالم غير المحدود وتنمل الاعضاء فان ذلك يعتبر ثورانا مرضيا فى حساسية الاجزاء المذكورة وأما ظواهر التهيج فى الحركة فمنها اضطراب الجسم والقلق والفزع الفجائى وحركات الاطراف غير الارادية واصطكاك الاسنان والصريخ بدون هيئة التألم وتقلص بعض العضلات ثم التشنج فان هذه اعراض تشاهد بكثرة سيما فى الاطفال المصابين باحتقانات دماغية فاما الاعراض المذكورة أولا سيما القلق والضجر فى الفراش فلا يعرف ان كان ناتجا عن ازدياد تنبيه اجزاء الدماغ التى بواسطتها يحصل انتقال التاثير المحرك الى اعصاب الحركة والعضلات وبه تتم حركتها أو بأن كان يحصل من أحوال تهيجات مرضية فى أعضاء الادراك لكن لا يشك فى كون التقلصات العضلية والتشنجات المنتشرة غير المتعلقة بفعل الارادة تنتج ولا بد عن تنبيه مرضى فى المراكز الدماغية المحركة ومن المستغرب كون التشنجات العامة التى تظهر فى الاحتقانات الدماغية وغيرها من امراض هذا العضو وكذا فى الصرع والاكلمبسيا لا تصطحب بغيرها من ظواهر التهيج فى هذا العضو بل عكس ذلك بظواهر شلليه سيما فقد حاسة الادراك وكيفية حصول التشنجات العامة مع اصطحابها بظواهر شللية لم تزل منبهمة ولو فعل كثير من الفسيولوجيين تجارب مفيدة فى هذا الخصوص وأما ظواهر التهيج التى تحصل فى الوظائف العقلية وثورانها فمنها التقلب السريع وعدم الانتظام فى التصورات بحيث لا يمكن التصور الواضح البين وينضم لتقلب التصورات غالبا تصورات منعكسة مخالفة للحقيقة بالنسبة للشخص نفسه وللكائنات المحيطة به وهذا هو الهذيان

وبعض الهذيان كثيرا ما يشتد ويتضح اتضاحا عظيما بحيث لا يمكن المرضى تمييزه عن محصل التصورات الحقيقية وبذلك يحصل الهوس والتخيل فالاول عبارة عن تصورات هوسية يزعم انها نتيجة ادراكات لا واسطية بدون وجود موضوع ظاهر لذلك التصور مطابق للتصور الحقيقى فالمرضى تزعم رؤية حيوانات او اجسام تصورية او انها تحس باصوات حالة السكون التام وأما الثانى اى التخيل فهو عبارة عن الخطا فى تصور امر أو جسم له وجود فى

الحقيقة فالامور الواهية جدا يمكن مع وجود التخيل ان تصير مفزعة مهولة للمرضى المعتريهم احتقان فى الدماغ لاسيما الاطفال واما الدوران اى الدوخان فانه عبارة عن حساسية شديدة بتحريك الجسم أو المواد المحيطة به وهذه الحركة تحس بها المرضى مع كونهم فى الراحة والسكون بل وجميع ما احاط بهم ومن اعراض الثوران لقابلية تنبيه اجزاء الدماغ المنوطة بالوظائف العقلية الارق واضطراب النوم باحلام مزعجة فان هذه ظواهر تشاهد بكثرة جدا فى احتقان الدماغ

وأما ظواهر الخمود والشلل فى دائرة الحساسية فمنها فقد الحساسية وعدم التاثر من المنبهات الظاهرية كالضوء الشديد واللغط القوى وعدم ادراك المنبهات الخفيفة وذلك يدل على تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف العصبية التى بها ينتقل تاثير المؤثرات الخارجية الى قوة الادراك وبارتقاء ضعف الاحساس الغير التام الى درجة فقد الاحساس الدماغى التام لاتحس المرضى بالمنبهات ولو الشديدة وأما ظواهر الخمود فى دائرة الحركة فمنها عسر اجراء الحركات و بطؤها بحيث تصير اطراف المريض ثقيلة كالرصاص وعند فقد قابلية تنبيه هذه الاجزاء تعجز المرضى عن الحركة الارادية فتنشل وعند تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف العصبية المنوطة بالوظائف العقلية تصير المرضى فى حالة عدم ادراك لما يحيط بهم فتضعف تصوراتهم ويحصل لهم ميل للنعاس يعسر ايقاظهم منه أو يتعذر بالكلية وعند ارتقاء هذه الحالة يفقد الادراك بالكلية

وكذا الحركات التى يكون تنبيهها من الدماغ ولو بغير الارادة يحصل فيها اضطراب غير طبيعى فى احوال الاحتقانات الدماغية ففى أحوال التهيج مثلا تكون الحدقة منقبضة لان العصب المحرك للمقلة يكون فى حالة تنبه زائد وأما فى احوال ظهور اعراض الخمود والشلل فتكون الحدقة متمددة بسبب تغلب الياف العظيم السمبتاوى على القزحية وانفرادها فى التاثير وكذا ارتقاء تنبيه العصب المتحير ينتج عنه بطء فى ضربات القلب كما ثبت ذلك بالتجارب الفسيولوجية كما ان الشلل الداثرى لهذا العصب ينتج عنه سرعة فى ضربات هذا العضو كالتى تشاهد عقب قطع العصب

المذكور

المذكور فى الحيوانات وفى احوال شلل الدماغ تصير حركات التنفس بطيئة جدا عميقة شخيرية ونحن وان لم نتعرض لتوجيه ذلك الا اننا نذكر أنه عقب قطع العصب الرئوى المعدى من الحيوانات لا بد وان يحصل بطء فى حركات التنفس مع غيرها من الظواهر وبالجملة فلنذكر هنا ايضا ان من اعراض التهيج الدماغى القىء وهو عرض كثير الحصول جدا فى احوال تهيج الدماغ ومهم فى تشخيصه والتغيرات الحاصلة فى الاعضاء المركزية التى بها تحصل حركات القىء وان كانت مجهولة الا انه من المعلوم ان احداث القىء بالصناعة ممكن فى الحيوانات بواسطة قطع العصب الرئوى المعدى وتهيج طرفه المركزى بعد قطعه

ثم ان علامات التنبه المرضى المذكورة وازديادا وتناقص وانطفاء قابلية تنبيه الدماغ التى توجد فى كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ تشاهد بصفات مختلفة فى الاحتقانات الدماغية وكما نبهنا عند الكلام على التشنجات العامة على الوجود المستمر لهذه الظواهر الناشئة عن ازدياد التنبه المرضى للنخاع المستطيل مع فقد الادراك أعنى مع الظاهرة الدالة على انطفاء قابلية تنبيه أخلية عقدية والياف عصبية أخرى مركزية نضيف ولا بد الى ذلك انه لا يندر ايضا وجود مضاعفات أخرى من ظواهر تهيج وشلل فى الاحتقانات الدماغية فترى مثلا تعسر حركات بعض المرضى اوتعذرها بالكلية مع وجود ظواهر تهيج فى الوظائف العقلية فيشتكون بآلام فى الراس وشرر امام الاعين ونحو ذلك من ظواهر التهيج ولذلك ترى انه وان امكن من صفات الحدقة وبطء النبض أوسرعته معرفة حالة الاعضاء المركزية العصبية والاعصاب الناشئة منها لا يمكن الحكم على حالة تنبيه بقية اقسام الاجزاء الدماغية واختلاف الصورة المرضية فى هذا المرض الناشئة عن اختلاف اجتماع الاعراض عظيم جدا حتى ان اندرال قسم مجموع اعراض احتقان الدماغ باعتبار وصفه الى ثمانية اشكال لكننا لا نصف الا الرئيس منها فنقول

انه فى كثير من أحوال الاحتقان الدماغى تكون اضطرابات الحساسية على صفة التهيج هى الاعراض الواضحة فيشاهد فى مثل هذه الاحوال تشكى

المرضى بثقل الراس وآلام مختلفة الشدة كثرة وقلة وتتأثر جدا من الضوء
الشديد واللغط ويرون شررا أمام اعينهم ويحسون بطنين فى آذانهم ويحصل
لهم أرق أو يتعسر نومهم ويضطربون باحلام مزعجة وعند اشتداد المرض
يحصل دوار واحساس بتنمل فى الاطراف ويحمر الوجه والملتحمة غالبا
ويكون النبض ممتلئا سريعا ومع ذلك لا ينبغى القول بان هذه الظاهرة
من الاعراض الملازمة فانه فى الاحوال الثقيلة الخطرة من احتقان الدماغ
خصوصا ماينتج عن استرخاء جوهره وتمدد أوعيته الشعرية لا تكون كمية
الدم فى الاجزاء الظاهرة من الراس مطابقة لكمية الدم المحتوى عليها
الدماغ فالتحمة هؤلاء المرضى لا تكون على الدوام محتقنة ووجوههم متقدة
بل باهتة والاعراض المذكورة لا تستمر غالبا الا بعض دقائق او ساعات
الا انها قد تستمر احيانا بعض اسابيع بل اشهرا فانه يكفى عند المرضى مثلا
تعاطى قليل من كوبات النبيذ أو القهوة الحارة حتى تظهر علامات
احتقان الدماغ فيهم كما تزول بسرعة عند الراحة وتجنب المؤثرات المضرة
مع التدبير اللطيف ويبقون مصانين مما ذكر
وأما اعراض احتقان الدماغ فى الاطفال الذين يتضح فيهم اضطرابات
الحركة فلها مشابهة تامة باعراض التهاب السحايا وكثيرا ما يلتبسان ببعضهما
ولا يتميزان الا بملاحظة سير المرض فمثل هؤلاء الاطفال يعتريهم مدة بعض
ايام امساك وقلق واصطكاك الاسنان مدة النوم أو أحلام مزعجة
فيستيقظون مرعوبين ويزول نومهم ثم يحصل عندهم قيء ويشاهد عندهم
ضيق فى الحدقة وانقباضات تشنجية فى اطرافهم وهذه الظواهر غالبا تكون
سابقة لعوارض شديدة خطرة للغاية فانه يعقبها التشنجات العامة النادر
حصولها بدون ان تسبقها ظواهر وفى أحوال نادرة تشاهد هذه التشنجات
بدون ظواهر سابقة وتكون هى العرض الابتدائى لاحتقان الدماغ الشديد
والانقباضات التشنجية تبتدئ باحد الاطراف او باحدى صفحتى الوجه
وعما قليل تمتد الى جميع اجزاء الجسم وتتعاقب احيانا الحركات التشنجية
المتقطعة بانقباضات تشنجية مستمرة أو ان بعض العضلات خصوصا عضلات
العنق تنقبض انقباضا تيتانوسيا مستمرا وعضلات الوجه والاطراف
تتعاقب فيها الانقباضات التشنجية ولا تستيقظ الاطفال من النداء ولا من

تأثير المؤثرات المهيجة على الجلد ويغطى الجلد بالعرق وينتفخ البطن انتفاخا طبليا ويتعذر التنفس ويسيل اللعاب من الفم على هيئة الزبد بسبب الحركات المستمرة للعضلات المضغية واحيانا يحصل انحطاط فى شدة الانقباضات التشنجية فيظن ان النوبة قد انتهت لكن بعد هذا الانحطاط بقليل تاخذ الانقباضات التشنجية فى الشدة ثانيا وبهذه المثابة يمكن ان تمتد نوبة هذا المرض فى الاحوال الثقيلة عدة ساعات ومع ذلك ففى غالب الاحوال تنتهى بعد نصف ساعة او ساعة وحالة مثل هؤلاء الاطفال وان كان لها تأثير مفزع للغاية على العوام (ويسمونها فى اقليمنا بالقرينة) وكذا الاطباء غير المتمرنين الا انه ينبغى الحكم على ان عاقبتها جيدة متى امكن نفى وجود الالتهاب السحائى وهذا يمكن القطع به مع التأكيد فان الالتهاب السحائى التقيحى مرض نادر على العموم كما سنبينه فيما سيأتى ولا يحصل للاطفال السليمين من قبل بدون جرح فى الرأس او مرض فى عظام الجمجمة الا فى احوال استثنائية والالتهاب السحائى الدرنى لقاعدة الدماغ وان كان كثير الحصول وتبتدئ مشاهدة الطبيب له بعد التشنجات فى الاطفال المريضة الا انه بالسؤال والدقة يتحقق من وجود نهوكة قديمة وبعض اعراض اخرى سنذكرها تكون سبقت نوبة التشنجات لكن لم يلتفت اليها ولم يعتن بها أهل الاطفال فان كان الطفل قبل نوبة التشنجات بيوم سليما وليس عنده سوى علامات الاحتقان الدماغى ولم يعتره جرح فى الرأس ولم يكن عنده سيلان اذنى تأكد الطبيب من حصول التحسين للطفل فى اليوم التالى او الشفاء التام وتعقب النوبة عادة بنوم عميق يستيقظ الطفل منه فى حالة تعب لكن ليس عنده عرض من الاعراض الخطرة وكثيرا ما يشاهد الطبيب فى كل سنة احوالا من الاحتقانات الدماغية تسير سيرا مطابقا لما ذكرناه ولا يندر ان تصاب جملة اطفال من عائلة واحدة بنوب التشنجات المذكورة أو يصاب بها الطفل مرارا متوالية ومن النادر جدا أن ينشأ عن ذلك صرع انما يمكن ان ينشأ عن الاحتقانات المتكررة استعداد ماغى مزمن كما سيأتى

وهنالك شكل ثالث من الاحتقان الدماغى فيه تتضح اعراض اضطراب

القوى العقلية بدرجة عظيمة جدًا بحيث لا يعرف هذا المرض و يظن
مع الاضرار بالمرضى ان عندهم نوبة ماليخوليا أو جنون فيحصل لهم فى
الاولى بعد ألم الرأس واضطراب الحساسية والارق احساس بضجر وتعب
ولا يصبرون على المكث فى محل واحد بل ينتقلون من محل الى آخر مع الحيرة
والقلق ويحصل لهم اضطراب عظيم وتاسف شديد من اقل شئ و ينضم لذلك
هذيان ناشئ من شدة التفكر لما هو حاصل لهم وفى الابتداء يكون لهم
قدرة على دفع هذا الهذيان عارفين به فيفزعون من ذلك فزعا عظيما ظانا
منهم انه سيحصل عندهم جنون والارق فى مثل هذه الاحوال كثيرا ما يبلغ
حده بحيث ان استعمال المخدرات المضرة جدا التى يستعملها بعض جهلاء
الاطباء لا يثمر أو يعقب تعاطيها نوم مضطرب تستيقظ منه المرضى على حالة
اشتداد جميع الاعراض فيهم وفى هذا الشكل من الاحتقان الدماغى الذى
يحصل من الافراط فى الاشتغالات العقلية غالبا يوجد عند المرضى سرعة
النبض وغيره من الظواهر الحمية لكنه فى هذا الشكل الذى فيه احتقان
الدماغ يكون عظيما جدّا لا يوجد احتقان فى جلد الرأس كاحتقان الدماغ
فلا يكون لون المرضى محمرا بل باهتا و يحصل عندهم من الحركة الحمية
والارق ضعف فى القوى ونحافة ويمكن ان يهلك المريض من هذا المرض ان
لم تسعفه العناية بطبيب حاذق لما انه يحل محل الهيجان هبوط وانحطاط
ويحل الارق نوم عميق لا يستيقظ منه بل ربما يهلك ومن النادر ان يخلف
ذلك اضطرابات عقلية مستمرة

وفى الحالة الثانية قد يظهر هذا الشكل من الاحتقان الدماغى عند بعض
الاشخاص الذين يتضح فيهم اضطراب الوظائف العقلية فيظهر بنوب
جنونية وهذيان وهذا الشكل يشاهد بكثرة عقب تاثير الاشعة الشمسية
القوية او الحرارة الشديدة على الراس وبالخصوص عقب الافراط من
المشروبات الروحية لا سيما عند من يتعاطى قليلا طول السنة ثم يفرط دفعة
واحدة افراطا زائدا عن الحد ولا يلتبس هذا الشكل بنوبة ارتعاش السكارى
الهذيانى فان هؤلاء يكونون فى حالة ارق شديد ويهرعون ويضربون و يعضون
من امسك بهم ويفدون و يقطعون جميع ما يلقونه و يبكون أو يضحكون

أو يغنون و ينضم لذلك هذيان مختلف الشكل وفى الغالب مثل هؤلاء يظن أنه مظلوم ويظهر غضبا لمن يتوهم فيه أنه تسبب فى ظلمه ويحصل لهم بسبب المجهودات العضلية القوية عرق وتسرع ضربات القلب والنبض وتقوى ويتقد الوجه غالبا وهذا الشكل خطر جدا ان لم يعرف و يعالج بما يليق به فربما اعقبه نوبة اشبه بالكتة الدماغية القتالة أو احتقان رئوى شديد يصحبه أوذيما رئوية بها يموت المريض فجأة وقد وصفها المعلم اندرال حيث قال ان بعض ارباب السن المتوسط يصيح و يصرخ عدة ساعات بلا انقطاع فيزعج المرضى حوله ثم يسكت فجأة فلا يسمع له ادنى صوت وبالبحث عنه يوجد ميتا فهذا الموت اسرع من الموت بالصاعقة وعند فتح الجثة لا يوجد فيه ادنى تغير سوى احتقان شديد فى جوهر الدماغ

ولنذكر شكلا آخر من الاحتقانات الدماغية تظهر فيه اعراض الخمود والشلل فجأة وله شبه تام بظهور السكتة الدماغية فلا يميزان مع التأكيد غالبا عن بعضهما وفى بعض الاحوال تسبق نوبة هذا الشكل بزمن متفاوت بالم فى الرأس واضطراب فى الحساسية ودوار وارق واضطرابات عقلية وفى أحوال أخرى يحصل احتقان الدماغ فجأة بدون اعراض سابقة فيحصل للمريض دوار فيهتز ويدور ما كان امام عينيه و يزول ادراكه و يقع على الارض مع حصول تشنجات أو بدونها ومثل هذه النوبة التى فيها تزول وظائف الدماغ وتنطفئ بالكلية يمكن ان يؤدى للموت عقب امتداد شلل الدماغ الى المجموع العصبى الغذائى لكن الغالب ان يستيقظ المريض بعد زمن متفاوت الى نفسه اما بتذكار خفيف لما حصل له أو بدونه وهذه النوب السكتية الشكل التى تحصل فى اثناء سير الاحتقان الدماغى يظهر انها مثل النوب الصرعية السابق ذكرها المطابقة لها بالنسبة لفقد الحساسية الدماغية وشكل الوظائف العقلية تنتج اما عن عوق استفراغ الدم الوريدى أو عن الاوذيما الدماغية التابعية اذ بكلتا هاتين الحالتين يتعذر هروع الدم الشريانى الكثير الاوكسيجين الذى هو الامر الضرورى فى حفظ قابلية تنبيه الدماغ والمجموع العصبى بتمامه وذهب المعلم تروبه الذى ينسب النوب الصرعية الشكل التى تحصل فى اثناء سير دابريكت الى

الاوذيما الدماغية الى ان الاوذيما القاصرة على احد النصفين الكرويين العظميين تحدث فقط فقد الادراك وأما الاوذيما الممتدة على هذين النصفين والاعضاء المتوسطة من الدماغ فانها تحدث فقد الادراك والتشنجات معا ولا نتعرض للبحث فى تلك النظريات فهى وان كانت قريبة للعقل الا انه ينافى صحتها ان كل تغير مرضى محدث لانضغاط فى الاوردة الشعرية بواسطة ارتشاح مصلى يكون محدثا الشلل متى أثر على النصفين الكرويين العظميين وذا تأثير مهيج متى أثر على الاجزاء المتوسطة من الدماغ ومن المستغرب ان يخلف نوبة هذا الشكل شلل نصفى جانبى مستمر مدة أيام ثم يزول بدون أثر فان هذا الشكل ان كان نتيجة الضغط الذى يعترى الدماغ من جهة الاوعية الممتدة لا يتضح بالكلية توجيه كونه نصفيا جانبيا فان الاحتقان الدماغى وان امكن أنه اشد فى جهة عن الاخرى لكن الضغط الذى يعترى الدماغ لا بد وان يكون مستويا فى الجهتين تقريبا لان التوتر لا يتم فى سائل أو مادة رخوة سهلة التحرك والتزحزح الا اذا كان الضغط الذى يقع عليهما على حد سوا فغاية ماهنالك يمكن الظن بان شرشرة الدماغ تقى بدرجة معلومة احد نصفى هذا العضو من ضغط الآخر اما اذا كان الشلل ناشئا كما يظن من الاوذيما فمن الواضح حينئذ توجيه حصول الشلل الجانبى فى الدماغ اذا كان كل من الاحتقان والاوذيما اشد فى جهة من هذا العضو عن الاخرى كما أنه من الواضح أيضا ان يزول الشلل بالكلية ولا يبقى له أثر عقب زوال الاوذيما بخلاف ما اذا حصل عقب الانسكابات الدموية التى بها يتمزق بعض الياف من الجوهر اللبى فانه لا يزول بالكلية مطلقا

(المعالجة)

كل من الاستفراغات الدموية العامة والموضعية والوضعيات الباردة على الراس والتحويل على الجلد والقناة الهضمية وان كان محمودا جدا فى معالجة الاحتقانات الدماغية الا انه لا يجوز دائما انتخاب احدى هذه الوسائط بدون تبصر أو استعمال جميعها فى آن واحد فانه لا يوجد مرض من الامراض فيه ينبغى زيادة الاعتنا باتمام ما تستدعيه المعالجة السببية مثل

الاحتقان الدماغى ففيه ينبغى زيادة الاعتنا باعتبار السبب الذى احدثه عند انتخاب احدى الوسائط العلاجية التى تستدعيها طبيعة المرض نفسه ففى اشكال الاحتقان الدماغى التى فيها يحدث كل من ازدياد مجهودات القلب وقلة مقاومة جدر الاوعية الشعرية احتقانا توارديا نحو الراس ينبغى اتباع التدبير العلاجى الذى ذكرناه فى معالجة الاحتقان الرئوى التواردى الاعتيادى فان لوحظ حصول اعراض خطرة ينبغى فعل الفصد العام الذى لا يمكن ان يقوم مقامه فى مثل هذه الاحوال الوضعيات الجليدية على الراس والاستفراغات الدموية الموضعية بارسال العلق خلف الاذنين اونحوها

واما اذا كان الاحتقان الدماغى التواردى تفميا جانبيا فينبغى قبل كل شئ تبعيد العوائق الدورية التى ينتج عنها ازدياد الضغط الجانبى فى الشرايين السباتية فان استفراغ المعا واطلاق البطن بالمليّنات اوالحقن المسهلة المتخذة من الماء والخل له تأثير جيد للغاية عند الكهول اذا اعتراهم احتقان الراس عقب الامساك وحصل لهم طنين الاذنين ودوار ونحو ذلك كما أنه كذلك جيد عند الاطفال الذين ينضم عندهم للامساك تشنجات ونحو ذلك فلا يمكن استعاضة هذه الوسائط فى مثل هذه الاحوال بواسطة علاجية أخرى لكن اذا لم تكف هذه الوسائط وظهرت اعراض الخمود وغيرها من العوارض التى يخشى منها ينبغى استعمال الاستفراغات الدموية بفصد البالغين وارسال العلق خلف الاذنين للاطفال

وتختلف المعالجة بالكلية اذا كان الاحتقان الدماغى ناشئا عن الافراط من المشروبات الروحية أو الجواهر المخدرة أو تأثير الحرارة اوالاشعة الشمسية فى الراس اوالانفعالات النفسية الشديدة ففى مثل هذه الاحوال لا فائدة فى الاستفراغات الدموية العمومية بل كثيرا ما يكون الفصد الوريدى العظيم مضرا جدا بل الواجب هنا استعمال التبريد على الراس لاجل انكماش المنسوجات وتلطف تمدد الاوعية الشعرية وذلك بواسطة مثانة مملوءة بالجليد او برفايد توضع على الراس مبتلة بعد وضعها تحت صندوق من التنك مملوء بالجليد والملح حتى تتجلد وفى مثل هذه الاحوال يسوغ احيانا استعمال الوسائط المحولة التى بها يقصد ازالة الاحتقان التواردى نحو الدماغ

باحداث توارد دموى نحو الجلد او القناة المعوية او الاعضاء التناسلية أو المستقيم فقد دلت التجارب على انه يحصل تلطيف عظيم فى هذا الشكل بواسطة المعالجة المذكورة والوسائط الا كثر استعمالا فى ذلك هى الابزن القدمية المهيجة وما كان منها ماخوذا من الماء الجليدى الذى يضع المريض فيه قدميه برهة صغيرة اجود من الحمامات القدمية الفاترة المضاف اليها الخردل او تراب الفحم او الملح وفى الاحوال الحادة تستعمل الحراريق على القفا وفى المزمنة الحصة فى الذراعين وهى وان كانت واسطة قديمة الا اننا شاهدنا منها نجاحا عظيما مرارا وبالجملة تستعمل المسهلات الشديدة والمفضل منها فى احوال الاحتقانات الدماغية الخطرة زيت حب الملوك واما فى الاحوال المزمنة فيفضل استعمال حبوب من الصبر والحنظل وصابون الجلبة ونحو ذلك وان حصل فى زمن الطمث احتقان توارد ى نحو الدماغ بدلا عن حصوله نحو الاعضاء التناسلية الكائنة فى الحوض وجب ارسال العلق على عنق الرحم او وضع المحاجم التشريطية على انسى الفخذين ومن الجيد التأثير ايضا فى مثل هذه الاحوال ارسال العلق على دائرة الشرج

وفى الاحتقانات الدماغية الاحتباسية التى تنشأ عن انضغاط الاوردة الوداجية او الاجوفين او التى تحصل فى اثناء سير امراض القلب او الرئتين يجب عند عدم امكان زوال العائق المانع من استفراغ الدم استعمال الفصد العام وارسال العلق خلف الاذنين وقد ذكرنا سابقا ان الاحتقانات الاحتباسية بعوقها الوصول الدم الشريانى للدماغ تزيل قابلية تنبيه الالياف والعقد العصبية الدماغية فكلما سهل استفراغ الدم الوريدى تيسر ازالة ظواهر الخمود والشلل وذلك يتم بواسطة ارسال العلق خلف الاذنين اذ بذلك يقل التوتر الحاصل فى الاوردة الكائنة خارج الجمجمة المتفممة بالاوردة السنتورونية او بواسطة الفصد العام اذ به يقل التوتر الحاصل فى الجذع الوريدى العضدى الدماغى بسبب قلة وصول الدم اليه من اوردة الذراع وفى مثل هذه الاحوال لا يثمر استعمال التبريد على الراس ولا المسهلات ولا الحراريق

وفى احوال الاحتقان الدماغى الناتج عن الافراط من المأكل والمشرب

وزيادة دخول عناصر غذائية فى كتلة الدم ينبغى ولابد تقليل كمية الدم بواسطة الفصد العام ومن المثبوت انه بالمبادرة بهذه الواسطة يمكن تجنب حصول النوبة السكتية المهددة فمن المهم تنظيم كيفية معيشة مثل هؤلاء الاشخاص وتحريضهم على عدم الافراط من المآكل والمشارب حتى يتجنبوا كثرة الاكل وعدم تعاطى المشروبات الروحية كالنبيذ ولا يشربون سوى الماء القراح ويعتادون على كثرة الرياضة ومن الواضح انه قد توجد احوال فيها تستعمل وسائط خلاف الوسائط المذكورة بحسب الاقتضا

(المبحث الثانى)

فى الاحتقان الدماغى الموضعى والاوذيما الموضعية الدماغية

شرح الاحتقان الدماغى الموضعى مع الاختصار يسهل علينا بيان اعراض الاصابات الدماغية البورية اى القاصرة على بعض اجزاء هذا العضو

وأسباب هذا الاحتقان توجد داخل الجمجمة لا خارجا عنها فان محل الانسكابات الدموية والبورات الالتهابية أو اللينة او اورام الدماغ أو غير ذلك من الاصابات الموضعية التى ينتج عنها اضطراب محدود فى الدورة لبعض اجزاء هذا العضو لابد ان يعقبها احتقان تواردى أو احتباسى فى محيط هذه الاجزاء فان حصل انضغاط فى أحد الفروع الشريانية أو فى عدد عظيم من الاوعية الشعرية نشأ عن ذلك احتقان تواردى فى الفريعات الوعائية المجاورة وان حصل تضايق أو انسداد فى احد الفروع الوعائية الوريدية نشأ عن ذلك احتقان احتباسى فى الفريعات الشعرية الموصلة الدم الى هذا الفرع الوريدى المتضايق أو المنسد ومع ذلك فجميع الاصابات الدماغية الموضعية لا تودى لحصول الاحتقان فقط بواسطة الضغط الواقع على الاوعية بل يؤدى معظمها لحصول احتقانات فى محيطها بواسطة التهيج الذى تحدثه فى جوهر الاجزاء الدماغية المجاورة لها وكما يشاهد فى غير الدماغ من اجزاء الجسم حصول انسكاب دموى واحتقان واوذيما حول التولدات المرضية الجديدة والبورات الالتهابية والسكتية فكذلك يشاهد حصول هذه التغيرات حول هذه البورات المرضية المذكورة متى كان مجلسها الدماغ نفسه

ثم انه يعسر اثبات وجود الاحتقان الدماغى المحدود عند فعل الصفات التشريحية اثباتا تشريحيا سيما اذا أدى الاحتقان لحصول اوذيما ولو لم ينتج عنه الين فى جوهر الدماغ ومع ذلك ففى كثير من الاحوال يشاهد حول التولدات الجديدة والبورات الالتهابية ونحو ذلك ان جوهر الدماغ رطب رخو والاوعية ممتدة ويخرج منها بعض انزفة من اصفار متفرقة

واعراض الاحتقان الدماغى المحدود اما ان تكون ظواهر تهيج أو خمود غير ان هذه الظواهر تكون قاصرة على اجزاء محدودة من الجسم خلافا لاعراض الاحتقان الدماغى العمومى فهى من جملة ما يعبر عنه بالاعراض البورية (كما قاله جريسنجر) وذلك كألم الرأس المحدود ورؤية الشرر امام احدى العينين وطنين فى احدى الاذنين وتمدد أو ضيق فى احدى الحدقتين اوتقلص أو شلل فى احد الطرفين أو احدى العضلات أو بعضها ودرجة هذا الاحتقان الجزئى وامتداده يختلفان باختلاف احتواء الجمجمة على الدم كثرة وقلة كما يختلفان باختلاف درجة نمو البورة المرضية المحيط بها هذا الاحتقان وبذلك يوجه كثرة وضوح الظواهر المرضية التهيجية أو الخمودية المتعلقة بالاحتقان الدماغى الموضعى تارة وقلة وضوحها أو زوالها وترددها تارة اخرى وحيث انه بكل تغير جوهرى دماغى موضعى عظيم يحصل ولا بد فقد وظيفة الجزء المصاب سواء كان ذلك متعلقا بظهور تولد مرضى جديد فيه او فساد فى الالياف العصبية والاخلية العقدية العصبية بواسطة انسكاب دموى فالاعراض اللاواسطية التى تنتج عن هذه الاصابات البورية العظيمة تكون عبارة عن فقد فى الحساسية وشلل جزئين وفقد بعض الوظائف العقلية فان حصل فى اثناء سير سكتة دماغية او خراج دماغى او ورم فى هذا العضو ونحو ذلك مع ظواهر الشلل الجزئى ظواهر تهيج موضعى ايضا فلا بد وان هذه الاخيرة لا تكون متعلقة بتلك التغيرات بل بالاضطرابات الدورية الموجودة فى محيطها وكذا ظواهر الشلل الوقتية التى تشاهد فى اثناء سير التغيرات المرضية المفسدة الموضعية لا تتعلق بنفس هذه التغيرات المذكورة بدون واسطة بل باضطرابات دورية تحصل حول بوراتها وبناء على ذلك يسهل علينا توجيه تحسين الشلل الذى يصاحب

السكتات الدماغية واورام الدماغ وخراجاته اوزواله بالكلية وحيث ان كلا من هذه التغيرات لايتصور فيه مطلقا تكون الالياف العصبية ثانيا بل ولا استعاضتها استعاضة جزئية فيعلم ان ذلك انما هو من حصول الاحتقان او الاوذيما حول بورات تلك التغيرات المرضية واختلاف الشدة اختلافا عظيما يؤدى كذلك لحصول الشلل وبالجملة فكان ينبغى ان التغيرات المرضية الدماغية المختلفة التى يكون مجلسها اوامتدادها واحدا تحدث على الدوام اعراضا واحدة فى جميع الاحوال متى لم يكن اضطراب الدورة فى محيط التغيرات المرضية المختلفة مختلفا ايضا فان اضطراب الدورة حول ورم دماغى يخالف الذى يحصل حول خراج دماغى مثلا وهذا الاخير يخالف ايضا الذى يحصل حول بورة دموية دماغية وبذلك يسهل علينا توجيه اختلاف اعراض الاصابات الدماغية الموضعية ولو كان مجلسها وامتدادها واحدا

ثم ان معالجة الاحتقان الدماغى الموضعى مؤسسة على حسب القواعد التى ذكرناها فى معالجة الاحتقان الدماغى العمومى فان امكن تنقيص توارد الدم الى الدماغ اوسهولة استفراغه منه امكن كذلك تلطيف الاحتقان التواردى والاحتباسى الموضعى لهذا العضو ايضا

(المبحث الثالث)
فى انيميا الدماغ واغشيته
(كيفية الظهور والاسباب)

طالما انكر الاطباء امكان حصول انيميا الدماغ كما انكروا احتقانه واسسوا ذلك على الاعتبارات المذكورة فى المبحث الاول وقد نبهنا فيما تقدم على خطأ تلك الاستنتاجات ويكفى هنا انه بقطع النظر عن الصفات التشريحية العديدة التى وجد فيها الدماغ فى حالة انيميا واضحة ان كلا من دوندرس وقوسمول وتينار امكنه فى الحيوانات الحية مشاهدة انيميا الدماغ الشديدة جدا عقب فعل ثقب فى الجمجمة وسده بقطعة من الزجاج

ثم ان اسباب انيميا الدماغ هى (أولا) المؤثرات التى تحدث تناقصا فى كتلة الدم

الجسم العمومية ومن هذا لا تعد فقط الاستفراغات الدموية العمومية والانزفة الذاتية بل يعد ايضا فقد كمية عظيمة من الاخلاط والنضح الغزير والامراض المزمنة سيما الحمية ومما يتأسف منه عدم الوقوف على معرفة انيميا الدماغ فى بعض احوال الانزفة الباطنة ونسبة اعراضها بالظن لاحتقان هذا العضو ومعالجة المرضى بمقتضى ذلك ويشاهد شكل من الانيميا الدماغية بكثرة عند الاطفال المصابين باسهالات منهكة طويلة المدة وهذا الشكل شرحه المعلم مرشال هال شرحا جيدا وسماه بالايدر وسفلويد اى شبه الاستسقاء الدماغى ولا يندر مشاهدة الانيميا الدماغية الواضحة عند الاشخاص الضعفاء البنية الذين يعتريهم تكبدات ممتدة فى الرئتين عقب اصابتهم بالالتهاب الرئوى وكذا الامراض الحمية المستطيلة المدة التى ينتج عنها تلاش فى دم المريض ولهذا ينشأ عنها انيميا عمومية ومن جملة ظواهرها انيمية الدماغ وكما انه ينشأ عن جميع هذه الامراض فقد فى دم الجسم واخلاطه او تلاشيها فكذلك يمكن من جهة اخرى تناقص كتلة الدم من عدم جودة تكونها عقب الحرمان وتعاطى الكمية الكافية من المواد الغذائية ولذا يشاهد بكثرة عند الاشخاص الهالكين من الجوع والحرمان اعراض الانيميا الدماغية بغاية الوضوح قبل الموت بزمن قليل (ثانيا) قد تنشأ انيميا الدماغ عقب تراكم كمية عظيمة من الدم فى احد الاعضاء الاخرى واعظم مثل يضرب لذلك شكل الانيميا الدماغية الناتج عن وضع المحجم العظيم للمعلم جنذ الشبيه بالجزمة حول الطرف السفلى بتمامه وهذا الشكل ربما اكتسب خطرا عظيما جدا مع عدم الاحتراس فى استعمال هذا المحجم ومن ذلك يتضح انه عند وجود ضعف فى ضربات القلب يحصل للمصاب بذلك اغماء فى الوقوف أكثر منه فى الجلوس وتوجيه ذلك سهل فانه عند الوقوف يتراكم الدم فى الاطراف السفلى بكثرة اذا كانت القوة الدافعة للقلب غير كافية فى قهر ميل الدم لحركة الثقل الذى يميل اليها فى سيره من الاسفل الى الاعلى فى الاوردة ومما يستبعده العقل توجيه الانيميا الدماغية عند الوقوف فى مثل هذه الاحوال بعدم قهر ثقل الدم فى الشرايين السباتية عند وجود ضعف فى ضربات القلب (ثالثا) تحصل الانيميا الدماغية عقب

انضغاط الشرايين الموصلة للدماغ او انسدادها وفى جميع الاحوال التى من هذا القبيل يكاد يحصل الانسداد عقب الربط الصناعى ومن النادر حصول الانسداد فى الشرايين السباتية او الفقرية عقب الضغط عليها بواسطة او رام او عقب وقوف بعض السدد السيارة فيها (رابعا) قد تحصل الانيميا الدماغية عقب الاضطراب العصبى والانقباض التشنجى للاوعية الموصلة للدم الى الدماغ والذى يؤيد ذلك بعض الانفعالات النفسية الشديدة فانه لا يحصل فقط بهاتة فى الوجنتين والوجه بل وفقد فى الادراك فجأة وغير ذلك من الاعراض الدالة على عوق ورود الدم الى الدماغ (خامسا) تحصل الانيميا الدماغية بالتبعية لتناقص متسع تجويف الجمجمة بواسطة النضح المرضى والانسكابات الدموية واورام الدماغ ولفائفه ومن هذا القبيل شكل الانيميا الدماغية المصاحب لجميع كسور الجمجمة المصحوبة بانبعاج فى قبوتها وذكرنا هنا لهذا الشكل من الانيميا الدماغية اعنى الناتج من تناقص متسع الجمجمة لكونه اكثر الاشكال حصولا وذا اهمية عظيمة فالظواهر المرضية المعبر عنها بظواهر الضغط فى احوال السكتة الدماغية وأورام الدماغ والاشكال المختلفة من الاستسقاء الدماغى لا تتعلق على رأينا بل وكثير من الاطباء بدون واسطة بالضغط الذى يعترى جوهر الدماغ بل بالانيميا الناشئة عن نفس هذا الضغط

وحيث ان الشرط الضرورى لاتمام وظائف الدماغ اتماما طبيعيا يتعلق بوصول الدم الشريانى المحتوى على كثير من الاوكسجين لا بامتلاء اوعية الدماغ بالدم على العموم فمن الواضح انه فى الاحوال المرضية التى فيها كمية دم الدماغ المطلقة لا تتناقص عن الحالة الطبيعية غير ان توزيع الدم فيها فى هذا العضو يكون غير طبيعى بحيث ان الشرايين لا توصل الى هذا العضو الا قليلا من الدم الشريانى ويقل فيها ايضا استفراغ الدم الوريدى من الاوردة فحينئذ لا بد وان يحصل فى هذه الاحوال نفس الاعراض التى تشاهد فى الانيميا الحقيقية اى قلة الدم المطلقة لهذا العضو وقد دلت تجارب الاطباء على كثرة حصول الاغماء وباقى اعراض الانيميا الدماغية فى الاحوال المرضية التى بها يكابد جوهر القلب استحالات مرضية وفى احوال

التضايقات الصمامية القلبية غير المتكافئة لهذا العضو وفي غير ذلك من امراض القلب التي بها تضعف مجهوداته وبذلك يحصل امتلاء الاوردة وفراغ الشرايين كان هذه التجارب والمشاهدات الاكلينيكية استنارت بتجارب كل من المعلم قوسمول وتينار استنارة تامة فانهما وجدا حصول عين العوارض الناشئة من الازفة الباطنة الغزيرة وربط الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ من امتناع دخول الاوكسجين في الدم فجأة عقب انقطاع التنفس انقطاعا عاسريعا

ولنذكر ايضا انه قد تحصل ظواهر لها شبه كلي بظواهر الانيميا الدماغية ولو مع عدم تناقص كمية الدم وتوزيعه في الاوردة والشرايين توزيعا طبيعيا وذلك عند تناقص الكرات الدموية الحمر وقلتها وتوجيه ذلك سهل اذ من المعلوم ان هذه الكرات هي الحاملة للاوكسجين وبما ذكر يظهر ان تأثير تناقص الكرات بالنسبة للدماغ ووصول الاوكسجين اليه كتأثير تناقص توارد الدم اليه عموما

﴿ الصفات التشريحية ﴾

جوهر الدماغ يكون متغير اللون فهيئة السنجابي منه تظهر باهتة فيقرب من لون جوهره الابيض وتكون هيئة الاخير ابنية لماعة وعند شقه لا يشاهد الانكت قليلة دموية او لا تشاهد اصلا على سطح الشق واوعية لفائف الدماغ تكون فارغة ها بطة ولا ترى على الدوام في المسافات تحت العنكبوتية كمية عظيمة من سائل مصلي وذكر كل من المعلم قوسمول وتينار أن السائل الدماغي الشوكي لا يكون متزايدا دائما كما يتوهم ذلك طبقا للنظريات السابق ذكرها .

﴿ الاعراض والسير ﴾

اعراض الانيميا الدماغية التي تحصل فجأة وترتقي بسرعة الى درجة عظيمة تختلف بالكلية عن اعراض الانيميا التي تحصل ببطء ولا ترتقي الى درجة عظيمة ففي الحالة الاولى يحصل للمرضى دوار وتظلم المرئيات امام اعينهم ولا يدركون المنبهات الحاسية ولا يقدرون على الحركة وتتمدد حدقاتهم ويصير التنفس بطيأ ويسقطون مع زوال الادراك على الارض مع حركات تقلصية

خفيفة وفى غالب الاحوال عما قليل يستيقظون من اغمائهم وفى احوال أخرى لا يعود لهم الادراك ثانيا وينتهى الاغماء بالموت ويعبر عن هذه الحالة بالسكتة العصبية واما الانيميا الدماغية الحادة الحادثة بالصناعة فى الحيوانات عقب الانزفة الغزيرة او ربط جميع الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ فينتج عنها عين الظواهر المذكورة الا ان التشنجات فيها تكون اشد واقوى وكثيرة الوضوح عما يشاهد فى الاشخاص الذين اعترى دماغهم انيميا فجأة وتوجيه ظواهر الشلل فى الانيميا الدماغية اسهل من توجيه التشنجات فى هذا المرض فان الاولى تتعلق ولا بد بامتناع ورود الاوكسيجين مع الدم الى الدماغ اذ من المعلوم ان ربط الابهر البطنى مثلا يعقبه شلل فى النصف السفلى من الجسم بسبب امتناع وصول الدم الشريانى الى اعصابه واما التشنجات فتوجيهها عسر وزعم المعلم هنلى انه فى احوال الانيميا الدماغية يهرع الدم بقوة من الضفيرة الوريدية النخاعية الشوكية والسائل الدماغى الشوكى من القناة الفقرية الى الدماغ وبذلك يتهيج النخاع المستطيل والاجزاء التى فى قاعدة الدماغ ومع ذلك فقد وجد المعلم قوسمول وتينار بعد ربط الشرايين الموصلة للدم الى الدماغ ان كلا من النصفين الكريين العظيمين والنخاع المستطيل فى حالة انيميا ولذا لا ينبغى توجيهها بازديادفى قابلية تنبيه الالياف العصبية وخلايا العقد العصبية الناتج عن الانيميا الدماغية التامة ولا مانع من الارتكان فى توجيه ذلك الى ما ذكره كل من قوسمول وتينار فى تجاربه وذلك انه شوهد عند فعل الصفات التشريحية للحيوانات التى ربطت شرايينها الدماغية ان الاوعية الشريانية التى كانت فى قاعدة الدماغ محتوية على قليل من الدم فقط بخلاف باقى الاوعية فانها توجد فى حالة فراغ تام فيقال حينئذ ان ربط الاوعية المذكورة ينتج عنه انيميا تامة فى النصفين الكريين العظيمين للدماغ وشلل فيهما تبعا لذلك وقلة الدم فقط فى الاجزاء الكائنة فى قاعدة هذا العضو (بسبب تفمم الشرايين الدماغية بشرايين النخاع الشوكى) ينتج عنها زيادة فى قابلية تنبيهها

واما اعراض الانيميا الدماغية البطيئة الظهور فهى مثل اعراض الاحتقان الدماغى تظهر ابتداء باعراض التهيج ثم باعراض الخمود والشلل وقد اجتهد

فى توجيه هذه المماثلة بالنظريات الآتية وهى انه ينبغى لسلامة فعل الدماغ الطبيعى ان تكون جزئياته على حالة توتر مخصوص وان كثرة امتلاء الاوعية الدماغية أو قلتها مما يحدث ازديادا او تناقصا فى التوتر الطبيعى وان قابلية تنبيه الدماغ تتنوع بحسب ذلك وفيما سبق قد اعتبرناه هذا التوجيه من النظريات ونعترف بصعوبة القول بان ظواهر التهيج فى الاحتقان الدماغى تتعلق بتناقص قليل فى الضغط الذى يكابده الدماغ فى الاحوال الصحية من جهة الاوعية وان ظواهر الشلل تتعلق بتناقص عظيم فيه لكن من الحقائق الفسيولوجية المعلومة ان قابلية تنبيه كل عصب تزداد قبل انطفائها وان ارتقاء قابلية تنبيه اى عصب ارتقاء عظيما لا يعتبر علامة على قوة تغذيته الطبيعية بل بالعكس اى يكون علامة على ضعف تغذيته وليس عندنا توجيه لهذا الامر لكن بمعرفته يتضح انه فى أحوال الانيميا الدماغية المتكونة ببطء تسبق ظواهر الشلل عادة بظواهر تهيج وانه فى الاحوال التى لم ترتق فيها الانيميا الى اشد الدرجات لا تشاهد الا ظواهر التهيج

وعندما تكون اعراض الانيميا الدماغية قاصرة على الاعصاب الحسية تشتكى المرضى بآلام فى الرأس مجلسها فى الجبهة واحيانا فى القفا وفزع من الضوء واللغط ويوجد عندهم شرر امام أعينهم وطنين فى آذانهم ونوب دوار ونحو ذلك ومجموع هذه الاعراض يشاهد مع غاية الوضوح عقب الانزفة الرحمية الغزيرة وغيرها من الانزفة المفرطة وفى مثل هذه الاحوال لا يمكن غالبا تمييز حالة انيميا الدماغ من احتقانه الا باعتبار السبب الاصلى وحالة النبض ولون الجلد والشفتين وغيرها من اعراض قلة الدم اى الانيميا فى غير الدماغ من الاعضاء

واما انيميا الدماغ فى الاطفال فتتضح فيها اضطرابات الحركة بكثرة وقد ميز المعلم مرشال هال لهذا المرض الذى سماه بالايدروسفالويد دورين على حسب تسلطن اعراض التهيج او الشلل ففى الدور الاول تكون الاطفال فى حالة قلق عظيم مضطربة فى نومها منزعجة بحيث تصرخ فى نومها او تصطك اسنانها ومع ذلك تكون وجوههم فى الغالب متقدة والنبض سريعا مرتفعا ويكاد

يظهر على الدوام انقباضات خفيفة فى احد الاعضاء أو نوب تشنجية عامة وفى الدور الثانى تهبط الاطفال وتحط قواها بالكلية ولا يمكنهم توجيه البصر الى ما حولهم بكيفية ثابتة وتنطبق الاجفان نصف انطباق وتفقد الحدقة الاحساس بالضوء ويصير التنفس عسرا شخيريا ثم يطرأ الموت مع ظواهر كوماوية وبالنسبة لنا المعتبرين انما يسمى بظواهر الضغط عند وجود امراض فى الدماغ ولفائفه المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة التى من ضمنها الانسكابات فى الجيوب الدماغية متعلق بانضغاط الاوعية الشعرية وعوق وصول الدم الشريانى الى الالياف العصبية لانستغرب المشابهة العظيمة بين اعراض استسقاء الدماغ الحقيقى والكاذب فانه تبعا لرأينا لا يوجد الاضطراب مرضى واحد ولو كان الينبوع فى كلا المرضين مختلفا أعنى انيميا شعرية دماغية

وبالجملة فقد يشاهد فى بعض احوال الانيميا الدماغية ظواهر تهيج فى الوظائف العقلية كالارق والهيجان والهذيان وهذه الحالة قد ترتقى الى درجة عظيمة جدا فتلتبس بنوب الجنون وتشاهد هذه النوبة عند المحرومين من المطعومات والمشروبات زمنا طويلا كما تشاهد أيضا عند بعض الاشخاص الضعفاء الانيماويين فيما اذا ارتقت حالة الانيميا عندهم ارتقاء عظيما عقب الامراض المنهكة أو الاستفراغات الدموية العظيمة

﴿ المعالجة ﴾

متى كانت انيميا الدماغ ظاهرة من ظواهر فقر الدم العام ينبغى معالجتها بالاجتهاد فى ازالة النهوكة وتقوية الجسم باستعمال العناصر الغذائية اللائقة وباقى الدلالات العلاجية تستنتج من اعتبار السبب الاصلى ومن اختلاف الاحوال الشخصية لكل مريض فان حصل بعد الانزفة الغزيرة مثلا اغماء مستمر وتشنجات وغير ذلك من علامات الانيميا الدماغية الشديدة جاز اجراء عملية ترنس فوزيون أى نقل الدم من شخص لآخر وفى معالجة الاطفال المصابين بالاسهالات المنهكة ينبغى ملاحظة الخطر الذى يحصل من الحالة المسماة بالايدروسفالويد ومنع حصوله باستعمال الامراق القوية او اللحم النىء أو النبيذ ونحو ذلك فان طرأت الحالة

المذكورة على الظواهر السابقة كان فى اعتبارها خطأ زيادة خطر عظيم فانه ان اغتر الطبيب فى مثل هذه الاحوال وأمر بارسال العلق واستعمال معالجة مضعفة فلابد وان تهلك الاطفال غالبا واما ان لوحظت الحالة بالدقة واستعمل ولو مع قلق الطفل ووجود تشنجات عنده واعراض خدر تابعية لذلك الامراق المركزة والادوية المنبهة بمقدار عظيم والكافور والايثير وعلى الخصوص النبيذ القوى فالغالب ان يعقب ذلك نجاح عجيب فى شكل الانيميا الدماغية التى تكون ظاهرة من ظواهر الانيميا العامة فينبغى الاهتمام فى تقوية عضو الدورة المركزى حتى يحصل تحسين فى حالة الدم بتمامه ونجاح المعالجة التى يترتب عليها تعويض هذا السائل وازدياد كراته الحمر فانه كثيرا ما تهلك المرضى التى تكون فى حالة نقاهة من اهمال هذه الواسطة وذلك بان يكون الطبيب أهمل فى أمرهم على الاستمرار بالوضع الاستلقائى او الجلوس فنشاهد ان مثل هؤلاء المرضى ان اهملوا فى هذا الامر واستمروا على الجلوس او المشى فكثيرا ما يحصل عندهم دفعة واحدة حركة اغماء قوية لا يبعد ان تستمر حتى يهلك المريض منها ولهذا كان على الطبيب ان يأمر المرضى التى وقعت فى نهوكة عظيمة جدا من الامراض المستطيلة وكانت فى حالة نقاهة ان لا تترك الفراش الا من بعد الحصول على القوة وازدياد كتلة الدم العامة ولاجل تجنب الخطر الذى يحصل عند الاشخاص الانيميا وبين من ضعف حركات القلب الوقتى ينبغى ان يؤمر لهم زيادة عن المداومة على الوضع الاستلقائى باستعمال الادوية المنبهة اما بطريقة الشم او الاستعمال باطنا لكن لا ينبغى استعمال هذه الوسائط دائما بل تستعمل فقط عند حدوث ظواهر الاغماء وذلك كشم ماء المسكة واستعمال روح لقمان من الباطن وغير ذلك وفى أحوال الانيميا الدماغية الناتجة عن تضايق متسع تجويف الجمجمة ينبغى استعمال ثقبه فانه أقوى الوسائط فى مثل هذه الاحوال غير ان فعل هذه العملية فى العصر الاخير اقتصر فيه على ما اذا اصطحب تضايق تجويف الجمجمة بانخساف احد اجزاء قبوتها والفصد فى مثل هذه الاحوال قد يعقبه نجاح عظيم جدا وهذا وان عدغريسانسوضحه عند الكلام على السكتة الدموية الدماغية ولانذكرهنا الا انه بالفصد يسهل استفراغ

الاوردة الدماغية ويسرع وبذلك يسهل دخول الدم الشرياني في هذا العضو

(المبحث الرابع)

في الانيميا والتنكروز الجزئيين للدماغ

المعروف باللين التنكرزى للدماغ وبالسدد الذاتية والسيارة لشرايين الدماغ

(كيفية الظهور والاسباب)

اما انيميا الدماغ الجزئية فتنشأ (اولا) عن امتناع ورود الدم الى بعض اجزاء الدماغ عقب انسداد الاوعية الآتية بالدم اليها (ثانيا) عن حصول اوذيما تفممية حول بورات سكتية اوالتهابية اولينة او بورات من تولدات جديدة ونحو ذلك (ثالثا) عن انضغاط الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ اما بواسطة انسكابات دموية او اورام اوغيرها من البورات المرضية المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة

أما كيفية حصول الشكل الاول من هذه الانيميا الذى يظهر في بعض الشرايين المنسدة ففيه أنبه على الاعتبارات الآتية وهي

انه لا يظهر في الارانب مثلا علامات الانيميا الدماغية الاعقب ربط الشريانين السباتيين والفقريين معا فاذا لم يربط جميعها فما بقي منها من غير ربط يوصل الى الدماغ كمية كافية من الدم بحيث يمتنع بالاستطراقات العديدة الكائنة بين شرايين الدماغ حصول الانيميا في اجزاء هذا العضو القابلة للدم من الاوعية المربوطة واما الانسان فالامر فيه بالعكس فانه يحصل عقب ربط احد السباتين بدون واسطة ظاهرة مرضية تتعلق ولا بد بالانيميا الجانبية للدماغ اعني شلل احدى جهتي الجسم المقابلة لمحل الربط وفي احوال أخرى لا تشاهد هذه الظاهرة عقب ربط احد السباتيين وهذا دليل على انه في مثل هذه الاحوال وصل الى النصف العظيم الكرى للدماغ المهدد بالشلل كمية كافية من الدم بواسطة التفممات الوعائية سيما بواسطة المنطقة الشريانية لوليزى وسبب هذا الاختلاف ليس معلوما بالدقة وزعم المعلم هاس ان سريان السدد الوعائية من محل الربط الى ان تجاوز المنطقة الشريانية لوليزى يمنع حصول الدورة التفممية الجانبية فعند انسداد الشريان السباتى الدماغى والشريان الفقرى في جهة أو في الجهتين معا

وكذا عند انسداد الشريان الدماغي القاعدي لا تحصل غالبا الانيميا الدماغيـة الجزئية فانه في هـذه الحالة تحصل دورة تفممية جانبية بسرعة بواسطة المنطقة الشريانية لوليزى واما انسداد احد الشرايين الذى ينشأ بعد المنطقة الشريانية لوليزى كشريان حفرة سلويوس مثلا فانه يكاد ينشأ عنه على الدوام انيميا في محل توزع الشريان المنسد وماذاك الا لكون شروط حصول دورة تفممية جانبية غير جيدة

ثم ان التغيرات المرضية التي تؤدى لانسداد شرايين الدماغ هى انضغاطها احيانا بواسطة اورام والغالب ان يكون انسدادها بواسطة سدد ثابتة تتكون فيها او بواسطة السدد السيارة الآتية لها

ويندر انعقاد الدم في شرايين الدماغ ذات الجدر السليمة (وهذا مايسمى بسدد النهوكة) والغالب ان تتكون السدد في المحال التي يتضايق قطرها فيها اما بواسطة الالتهاب الشرياني الباطني المزمن او بما يسمى عادة بالاستحالة الاثيروماتيزية وحينئذ يوجد في سطحها الباطني عدم استواء وخشونة والسدد السيارة التي تنسدبها اوعيـة الدماغ عبارة عن تعقدات ليفية تنفصل من صمامات القلب المريضة كانت متراكمة على سطحها أوعن قطع منفصلة من نفس الصمامات تسير مع الدم ومن النادر ان تكون اتية من بورات غنغرينية رئوية أو من سدد ثابتة متكونة في الاوردة الرئوية وقد شاهد المعلم ازمارك حالة مهمة فيها اتت السدد السيارة السادة للشريان السباتي الدماغي من انوريزما الشريان السباتي الاصلى اندفعت منه في اثناء البحث عن هذا الورم وسارت مع الدم

ولا نضيف الى اسباب الشكل الذى نحن بصدده من انيميا الدماغ الا قليلا وحيث ان الاستحالة الاثيروماتوزية التي كثيرا ماتنتج عنها السدد الثابتة لاوعيـة الدماغ تحصل على الخصوص في السن المتقدم من الحياة كاد لا يشاهد انسداد اوعية الدماغ بواسطة سدد ذاتية الا عنـد الاشخاص المتقدمين في السن فذلك مرض من الامراض المهمة للشيخوخة وينعكس ذلك بالنسبة للسدد السيارة للشرايين الدماغية فانها تشاهد أيضا عند الشبان وذلك لان كلا من التهاب الغشاء الباطن من القلب والعيوب المرضيـة

لصماماته يحصل فى كل طور من اطوار الحياة واما كيفية حصول الفيكروز الجزئى الذى يظهر فى كثير من احوال السدد الذاتيـة والسيارة لشرايين الدماغ فواضحة فان هـذا الشكل من اللين الدماغى يشابه غنغرينة الاطراف الناتجة عن انسدادات وعائية فان موت المنسوج فى كلتا الحالتين ينتج عن فقد الجواهر المغذية غـير ان الاجزاء الميتة فى باطن الجمجمة الغير المعرضة لتأثير الهواء تـكاد لا تقع فى الفساد والتعفن وذلك لا يحصل الا متى كانت السدد السيارة التى بها تنسد الاوعية آتية من بورات غنغرينية بحيث انه بالسدة الآتيـة ينتقل التغير المفسد والانسداد الوعائى يؤدّى للتغنغر بسهولة كلما كان الاستطراق الوعائى الجانبى بطيئا اوغير تام فان كانت الاستحالة المرضية لجدر الاوعية التى ادت لحصول سدد ذاتية فى الشرايين الدماغية كثيرة الامتداد فالاوعية التفممية الجانبية التى فقدت جدرها المريضة مرونتها لا يمكنها التمدد جيدا متى انسدت شرايين عظيمة وحينئذ فالانيميا الجزئية التى تحصـل عقب انسداد الاوعية لا يمكن تعادلها الا بكيفية غير تامة فيقع الجزء المعترية الانيميا فى اللين والتنكرز وهل يحصل اللين التنكرزى عقب انسداد الشرايين الدماغية بواسطة السدد السـيارة ام لا ذلك أمر يتعلق فى هـذا الشـكل بمحل الانسداد ومجلسه حيث ان جدر الاوعية فى هذه الحالة الاخيرة يكون سليما وقابلا للتمدد فان حصلت الانيميا فى جزء متوزع فيه وعاء منسد بواسطة سدة سيارة امام المنطقة الشريانية لوليزى كاد ان يحصل على الدوام تعادل فى الانيميا وبذلك لا يحصل الموت والتنكرز فى الجزء المصاب واما ان انسد وعاء شريانى خلف المنطقة الشريانية لوليزى بواسطة سدة سيارة كان انتهاء الانيميا الجزئية بالتنكرز هو الغالب

واما الشكل الثانى من الانيميا الدماغية الجزئية الذى ينشأ عن ظهور اوذيما تفممية فى محيط بورة سكتية او التهابية او بورة لينة او تولد جديد مرضى فقد ذكرنا فيما سبق انه انتهاء ليس نادرا للاحتقان التواردى الشديد للدماغ وسنذكر ذلك ثانيا عند شرح البورات المرضية المختلفة للدماغ

واما الشكل الذى جعلناه ثالثا من الانيميا الدماغية الموضعية الناتج عن

الانضغاط الذى يعترى الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة الانسكابات الدموية أو الاورام أو غيرها من البورات المرضية المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة فلم يعتن بشرحه الى الآن فانى انكرت سابقا كمعظم المؤلفين وجود الانضغاط الدماغى الجزئى وذلك لانى كنت ذهبت من كون هذا العضو غير قابل للانضغاط ومحاط بمحفظة غير قابلة للتمدد الى ان الضغط المتزايد الذى يؤثر على اى صقع من هذا العضو لابد وان ينتشر مع الاستواء الى جميع اجزائه وكنت اضرب مثلا مشهورا عند العوام لأرتكن اليه فى هذا الرأى بان الزجاجة التى يدفع فيها سدادة من الفلين بقوة عظيمة لا تنكسر من جهة عنقها غالبا بل كثيرا ما تنكسر من صقع بعيد عن محل القوة المؤثرة سيما فى محل قليل المقاومة لكن بعدة من المشاهدات التى لم تبق ريبا فى ان اجزاء الدماغ التى تكون مجلسا لبورات دموية مضيقة لمتسع تجويف الجمجمة تكون أقل دما زيادة عن باقى اجزاء الدماغ مع ما اتضح لى من اعتبار جميع ما يختص بمتسع تجويف الجمجمة ظهر لى انى اهملت أمرا مهما فى النظريات السابقة حتى ادى الحال لاستنتاج خطا وفى الحقيقة ولو ان الدماغ غير قابل للانضغاط ومحاط بمحفظة غير قابلة للتمدد لابد وان يمكن حصول ضغط جزئى فى الدماغ لان تجويف الجمجمة منقسم الى ثلاث خزائن بواسطة غشائين متوترين توترا قويا فان كلا من الشرشرة الدماغية وخيمة المخيخ يحفظ من الضغط اجزاء الدماغ الكائنة فى الجهة الاخرى وبالاقل يحفظه نوعا

والخزائن المذكورة مستطرقة مع بعضها فى الحقيقة ولو كان جوهر الدماغ جسما سائلا لكان الضغط المؤثر على اى صقع من الدماغ ينتشر انتشارا مستويا عليه ولو مع وجود الحواجز المتوترة فى باطن الجمجمة لكن قوام كتلة الدماغ ومرونتها التى لا تسمح كما هو معلوم باندفاع اجزاء الدماغ المنضغطة نحو الحافة السفلى من الشرشرة أو نحو شرم خيمة المخيخ الى التجاويف الأخرى من الجمجمة هما السبب فى حفظ اجزاء الدماغ ولو نوعا الكائنة فى احدى الخزائن من الضغط الواقع على باقى اجزاء الدماغ التى فى الخزانتين الباقيتين والوقاية الحاصلة من الخيمة المخيخية اعظم من

الحاصلة من الشرشرة والفصان الخلفيان من النصفين الكريين العظيمين يكونان مصونين من الضغط الذى يعترى النصف الكرى المقابل زيادة عن الفصين الجبهيين لان الشرشرة المخية اعرض من الخلف واعمق من الجهة المقدّمة وسنذكر الاحوال التى ابتكرتها فيما اظن وهى مهمة جدّا بالنسبة لبيان اعراض امراض الدماغ الناشئ عنها ضيق متسع الجمجمة فى المباحث الآتية

(الصفات التشريحية)

الانيميا الجزئية للدماغ لا تعرف دائما فى الجثة مع التأكيد فان توزيع الدم بعد الموت يختلف عن توزيعه زمن الحياة فان الاجزاء التى كانت مدة الحياة كثيرة الدم ومتميزة عن غيرها من الاجزاء القليلة الدم تصير بعد الموت خالية عنه مثلها وهذه المشاهدات يمكن فعلها كل يوم على الجلد الذى يمكن فعل المقارنة فيه بالنظر وهذا عين ما يحصل فى الدماغ أيضا ومن المستغرب ان السدد السيارة تكاد توجد على الدوام فى الشريان اليسارى لحفرة سلويوس ومن الجائز توجيه ذلك بان الشريان السباتى اليسارى ينشأ من قوس الاورطى فى استقامة اتجاه التيار الدموى بخلاف الجذع الشريانى اللااسم له فانه يكوّن زاوية عظيمة مع القوس المذكور

ثم ان التنكرز فى جوهر الدماغ الناشئ عن انسداد الاوعية وعدم تكوّن دورة تفممية جانبية كافية يؤدّى لاسترخاء ولين فى جوهر هذا العضو ولذا ان الانيميا الناشئة عن التنكرز تعتبر نوعا مخصوصا من اللين الدماغى يسمى باللين البسيط أو الاصفر والبورة اللينة يكون مجلسها فى الجسمين الكريين العظيمين ولاسيما فى جوهرهما النخاعى بسبب كثرة الانسداد الوعائى فيهما وعدم تعادله ويختلف عظم البورة اللينة فتكون من حجم الفولة الى البيضة ثم ان درجة اللين تختلف أيضا ففى الاحوال المتقدّمة يوجد جوهر الدماغ فى المحلات المتنكرزة مستحيلا الى عجينة رخوة متموجة ولون الاجزاء اللينة يكون تارة مبيضا وتارة سنجابيا مبيضا وتارة مصفرا ففى الحالة الاولى يوجد حول الجزء اللين هالة محمرة ناتجة عن تمدد الاوعية الشعرية وتمزقها وخروج الدم منها وفى الشكل الاول من الانيميا الدماغية الموضعية الناشئة عن

سدد ذاتية اوسيارة فى الشرايين الدماغية لا توجد على الدوام فى الصفات التشريحية الاجزاء المتوزع فيها الشريان المنسد محققة مع الوضوح بل بالعكس فانها كثيرا ما تكون متوشحة بشرايين صغيرة خصوصا فى دائرتها وهذا التغير مطابق للتغيرات التى تحصل فى غير الدماغ من الاعضاء وتكون ناشئة عن انسداد الاوعية بواسطة السدد الذاتية او السيارة وتوجيه ذلك عسر كما ذكرناه عند الكلام على السدد الدموية للرئتين وحيث كان التمييز فى ذلك عسرا فلا يعرف هل جزء الدماغ المصاب كان فى اثناء الحياة فى حالة انيميا أم لا فينبغى التمسك بالقاعدة المطردة وهى انه فى جميع الاحوال التى فيها يهلك شخص مصاب بمرض مزمن او حاد فى الدماغ مصحوب بشلل نصفى جانبى ولم يتضح من الصفات التشريحية توجيه اعراضه ينبغى البحث بالدقة عن وجود انسداد الشرايين الدماغية سيما شريان حفرة سلويوس فانه قبل التنبيه بوجود هذا التغير المرضى لم يستدل بالصفات التشريحية فى كثير من الاحوال على اسباب بعض الامراض الدماغية الثقيلة المصحوبة بشلل جانبى وكان يقال بوجود سكتة دموية داخل الاوعية وبهذا بقى حصول الشلل الجانبى منهما بالكلية وكذا التلون الاصفر للبورة اللينة يظهر انه يتعلق بالنزيف القليل الآتى من الاوعية الشعرية المتمزقة وتشرب جوهر الدماغ المتنكرز بمادة الدم الملونة المتغيرة الخارجة من الاوعية وعند استمرار اللين زمنا طويلا تستحيل البورة اللينة الى مادة خلائية مرتشحة بسائل أبيض جيرى (يسمى بالارتشاح الخلائى) وعند البحث بالميكروسكوب عن الاجزاء الدماغية المتنكرزة لا توجد الا بقايا من الالياف العصبية وخلايا ذات نوايات وهى عبارة عن الخلايا العصبية المكابدة للاستحالة الشحمية أو عبارة عن اخلية الاغماد العصبية المكابدة أيضا للاستحالة الشحمية ومواد ملونة فاسدة

واما الانيميا الدماغية التى تشاهد فى محيط بورات مرضية محدودة وتكون ناتجة عن الاوذيما التفممية فتعرف عند فعل الصفات التشريحية بكون الجزء المصاب ذا لمعان رطب وقوامه متناقصا وبقلة ارتفاعه عن موازاة الاجزاء المحيطة به عند شق الدماغ وفى الدرجات العظيمة يكون جوهر

الدماغ كثير الاسترخاء بسبب الارتشاح الخلائى بل ويمكن ان يتكون انتهاء ما يعرف باللين الابيض وقصارى الامر يوجد انسكاب نزيفى شعرى قليل فى محيط الاورام والخراجات مصحوب غالبا باذيما تفممية جانبية

ويسهل فى الجثة معرفة الانيميا الدماغية الجزئية التى تكون ناتجة عن بورات مرضية مضيقة لمتسع الجمجمة فى الاجزاء الدماغية المصابة فان الضغط الذى يحدث بواسطة الانسكابات الدموية العظيمة والاورام الكبيرة يكون عظيما جدا بحيث ان الاوعية الشعرية والشرايين الرفيعة والاوردة لجوهر الدماغ تكون منضغطة خالية عن الدم بل والاوعية الغليظة للسحايا الممتد اليها هذا الضغط فان كان مجلس البورة فى احد النصفين الكريين برز بقوة عقب فتح الجمجمة بحيث ان الام الجافية تظهر كابية واكثر توترا فى الجهة المصابة من الجهة الاخرى وعند فتح الام المذكورة ورفعها يرى ان سطح النصف الكرى المريض مستو ولا يوجد فى المسافات تحت العنكبوتية الا قليل من السائل او لا يوجد بالكلية وتكون تعاريج سطح النصف الكرى المريض قليلة الارتفاع وميازيبها كثر تفرطحا واوعية الام الحنونة قليلة الامتلاء او فارغة بالكلية وبالجملة يوجد فى سطح شق الدماغ اختلاف عظيم بالنسبة للون النصفين الكريين وبالنسبة لعدد النقط الدموية النابعة من سطح الشق والدلالة الاكيدة على تمام انضغاط الاوعية الشعرية لجوهر الدماغ الذى يكون مجلسا لبورة مرضية تؤخذ فى مثل هذه الاحوال من كون الشرشرة المخية وخيمة المخيخ منقادتين للضغط الممتد اليهما بحيث تكون الشرشرة المذكورة تحدبا فى الجهة السليمة وخيمة المخيخ تكون أكثر تفرطحا او تحدبا عندما تكون البورة المرضية المضيقة لمتسع الجمجمة فى الحفرة الخلفية منها ومن هذا التغير يستدل أيضا على ان الانيميا لا تكون قاصرة على اجزاء الدماغ المصابة ابتداء بل انها تمتد الى اجزاء أخرى ولو بدرجة قليلة

(الاعراض والسير)

الانيميا الدماغية القاصرة على بعض اجزاء الدماغ تؤدى الى ما يسمى بالاعراض البورية وهى عبارة عن ظواهر مرضية متعلقة فى الاحوال

التى فيها تكون الانيميا تامة فى الجزء المصاب بانطفاء قابلية التنبيه العصبى للجزء الدماغى المصاب أو بعلامات ازدياد قابلية التنبيه أو ثورانه ثورانا مرضيا متى كانت الانيميا غير تامة وفى محيط الجزء الفارغ من الدم بل وفى الدماغ جميعه تكون الدورة الدموية مضطربة بحيث ينضم للاعراض اللاواسطية من الانيميا الجزئية اعراض اضطراب الدورة التابعى المتفاوت الامتداد ومع ذلك فلا يكون كل من الاعراض البورية واعراض اضطراب الدورة الدماغية التابعى ولا اتحادهما ببعض واصفا للانيميا الدماغية الجزئية ولذا نقول مع الصراحة بعكس ذلك ان كلا من الاعراض البورية واعراض الاضطراب الدورى التابعى واتحادهما ببعض يحصل فى كثير من غير هذه الاصابة من الاصابات الدماغية البورية فاننا ولو عرفنا فى اثناء الحياة احد اشكال الانيميا الدماغية الجزئية اوالآخر وامكننا نفى وجود اصابات بورية اخرى الا انه لا ينبنى التشخيص الا على اعتبار الاحوال السببية وتتابع الظواهر المرضية ووجود اعراض تدل على المجانس الكثير الحصول لاحد هذه الاشكال المرضية

ونبتدئ بشرح الصورة المرضية التى تظهر وتسير بها الانيميا الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد وعائى ونبين انه باعتبار ماذكرناه من الامور السابقة لا يندر امكان تشخيص هذا الشكل من اشكال الانيميا الدماغية الجزئية مع التقريب بل بالتحقيق واليقين ومع ذلك فاسباب السدد الذاتية الاوعية الدماغ تختلف بالكلية عن أسباب السدد السيارة فيها وكذا باقى الامور التى يرتكن اليها فى التشخيص لا توافق بعضها فى كل من السدد السيارة والذاتية لاوعية الدماغ ولذا اننا نشرح كلا من هذين الشكلين على حدته فنقول

اما السدد الذاتية لاوعية الدماغ فسببها غالبا فى معظم الاحوال الاستحالة الاثرماتوزية لجدر الاوعية وحيث ان هذا التغير يحصل فى الطور المتقدم من الحياة غالبا فمن الواضح البين انه عند مشاهدة اعراض آفة ثقيلة فى الدماغ عند شخص طاعن فى السن ضعيف البنية يظن بوجود سدة ذاتية فى احدى اوعية الدماغ وشكل لين الدماغ المتعلق بهذا التغير دون ماذا

شوهد ذلك فى شاب قوى البنية متى ظهرت عنده اعراض اصابة دماغية ثقيلة فان كانت الاوعية الشريانية الدائرية مع ذلك يابسة متعرجة فى سيرها قوى الظن بان شرايين الدماغ مكابدة لتلك الاستحالة وان الظواهر الدماغية الموجودة متعلقة بهذه الاستحالة ومع ذلك فحالة الشرايين الدائرية وصفتها لا يحكم منها مع التأكيد على حالة وصفة الشرايين الدماغية فانه فى كثير من الاحوال تكون هذه الاستحالة قاصرة على اوعية الدماغ وفى غيرها من احوال نادرة تكون شرايين الدماغ سليمة من تلك الاستحالة مع انها منتشرة فى الشرايين الدائرية وماعدا ذلك فالانيميا الدماغية الجزئية وتنكرز الجزء الواقع فى الانيميا ليس هو المرض الدماغى الوحيد الناتج عن الاستحالة الاثرومانوزية فى شرايين هذا العضو

ومن المعلوم ان هذه الاستحالة فى جدر الاوعية تؤدى عادة لتمدد واتساع فى الجذوع الشريانية العظيمة وتضايق فى الشرايين الصغيرة فكذا الشرايين الدماغية المكابدة لهذه الاستحالة يحصل فيها تضايق عادة قبل انسدادها بسدد ذاتية وطبقا لذلك لابد وأن تسبق أعراض السدد الذاتية اعنى الانيميا والتنكرز الجزئيين للدماغ الناتجين عن ذلك بظواهر سابقة فى جميع الاحوال وهى عبارة عن اعراض اضطراب الدورة الذى يؤدى اليه تضايق احد اوعية الدماغ أو عن اعراض الضمور الدماغى الشيخوخى الذى يساعد و يسرع فى حصوله الاستحالة المرضية لجدر هذه الاوعية الدماغية فتشتكى المرضى بآلام فى الدماغ ودوار وطنين فى الاذنين وشرر أمام الاعين وتناقص فى القوة المفكرة وفى حدتها فيصيرون فى حالة خمود لا يعتنون بما حولهم من الامور ولهم ميل عظيم للنوم غير انه يصير مضطربا بأحلام مزعجة وفى الغالب تنسد ابتداء الشرايين الصغيرة وذلك اما لكون الاستحالة الاثرومانوزية تؤدى ابتداء لانسداد تام فيها أو أن قطرها يضيق فينسد بواسطة السدد الذاتية والانيميا الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد اوعية صغيرة تكون قليلة الامتداد ولذا يمكن تعادلها بسهولة بواسطة ازدياد توارد الدم من الاوعية المجاورة وحينئذ يظن بوجود هذه التغيرات متى

ظهرت عند شخص منهوك كانت قد اعترته من منذ زمن متفاوت الطول
ظواهر دماغية سابقة اعراض بورية قاصرة على دائرة صغيرة محدودة
ثم تزول ثانيا بعد مكثها زمنا قليلا وذلك كنقص احد الحروف عند التكلم
اوفقد القوة المذكرة لبعض الاسماء او الاعداد او الالم والاحساس بالتنمل
اوخدر بعض الاطراف كبعض اصابع اليدين او القدمين احيانا وقد قال
كثير من المؤلفين ان تعاقب الاعراض لاسيما ظهور الشلل وزواله ظاهرة
مشخصة للين الدماغ وهذا القول خطأ فانه في الاحوال التي فيها تكون
الاعراض المرضية قد أظهرت هذا التعاقب ووجد لين الدماغ في الرمة فلا
بدّ ان البورة اللينة لا تكون قد حصلت في الزمن الذى كانت تتعاقب فيه
الاعراض بل بعده بزمن متأخر كانت قد بقيت فيه مستمرة واما ظهور
الشلل القاصر على بعض اجزاء صغيرة محدودة ثم زواله بسرعة فهو عكس
ذلك دال على الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن استحالة اثيروماتوزية
وانسداد شرايين دماغية صغيرة بسدد ذاتية متعادل بواسطة ورود الدم
التفممى الجانبي بسرعة واما ان انسدت شرايين عظيمة او انسدت شرايين
عديدة صغيرة متوزعة في هذا الجزء من الدماغ بواسطة سدد ذاتية فلا يمكن
تكوّن دورة تفممية جانبية سيما متى كانت الاستحالة المرضية لجدر
الاوعية ممتدة جدا وحينئذ لا تعود لجزء الدماغ المصاب وظيفته ويوجد بعض
اجزاء للدماغ كالجوهر الابيض من النصفين الكرويين العظيمين مثلا يمكن
فسادها بدون ان يدرك فقد وظائفها وهذا الامر الثابت بالتجارب يوجه به
وجود أحوال من لين الدماغ لا يظهر في اثناء سيرها ظواهر شلل ويجب
علينا معرفة ذلك حتى ندرك ان تشخيص لين الدماغ احيانا وتمييزه عن
الضمور الشيخوخي غير ممكن وذلك لفقد الامر المهم الذى يرتكن اليه
في التشخيص التمييزى ومع ذلك ففي الغالب تمتد نتائج السدد الذاتية
للشرايين العظيمة اولعدد عظيم من الشرايين الصغيرة الدماغية الى اجزاء
من هذا العضو يؤدى فقد وظيفتها الى ظواهر شللية ولاسيما الفالج اعنى
الشلل النصفى الجانبي اى الى الاجسام المضلعة والاسرة البصرية
وفي الحقيقة الشرايين التي تغذى النصفين الكرويين والعقد العصبية

العظيمة الكائنة فيها هى الا كثر اصابة وانسدادا بالسدد الذاتية بل وفى الاحوال التى فيها لا يمتد كل من الانيميا الناتجة عن الانسداد الوعائى بلا واسطة اولين الدماغ الذى ينتج عن ذلك الى الاجسام المضلعة والاسرة البصرية لابدوان تفقد هذه الاخيرة وظيفتها امابواسطة الاوذيما التقهمية الجانبية الحاصلة فى محيط البورة اللينة او بواسطة الضغط الذى يعترى الاوعية الشعرية لجميع النصفين الكريين من هذه الاوذيما فان انسد وعاء عظيم بواسطة سدة ملتصقة بجدره ثم نمت بالتدريج او انسدت شرايين عديدة صغيرة احداها بعد الاخرى بواسطة تلك السدد الذاتية ابتدأ الشلل بالتدريج ثم يصل شيئا فشيئا الى درجة عظيمة والاحوال التى تسير بهذه الكيفية تسهل معرفتها فانه وان كان الشلل الحاصل تدريجا والمرتقى ببطء يحصل فى كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ الا انه يجب علينا عند مشاهدة تلك الظاهرة فى شخص مسن منهوك وكان معتريه الظواهر الدماغية السابق ذكرها لابدوان يظن ابتداء بانه مصاب بانسداد ذاتى فى اوعية الدماغ وشكل اللين الدماغى الذى نحن بصدده وفى اثناء ازدياد ظواهر الشلل وامتدادها التى ينضم اليها غالبا انقباض واعتقال فى الاجزاء المشلولة بدون ان يمكننا توجيه هذه الظاهرة تقع المرضى فى حالة هبوط وبله وتخرج منهم المواد البرازية بدون ارادة ويحصل لهم غنغرينة وضعية ثم تهلك فى حالة نهوكة وكوما وفى احوال أخرى يختلف السير متى انسدت اوعية عظيمة او عدد عظيم من اوعية صغيرة بواسطة السدد الذاتية انسدادا سريعا اذ فى مثل هذه الاحوال يحصل الشلل الجانبى أى الفالج فجأة وبذا قد تظهر صورة مرضية مشابهة بالكلية لصورة النزيف الدماغى وهذا التشابه سهل الادراك فانه فى احوال النزيف الدماغى تتهتك كذلك الاجسام المضلعة والاسرة البصرية غالبا وانها تفقد وظيفتها عقب الضغط الذى يعترى الاوعية الشعرية لجميع النصف الكرى عقب الضغط الناتج عن انسكاب دموى غزير وكذا فى احوال النزيف الدماغى يحصل الفالج بغتة وينضم لذلك ان تمزق اوعية الدماغ يحصل بالخصوص عند الشيوخ وان هذا التمزق ينتج فى معظم الاحوال عن اصابة جدر الاوعية بالاستحالة المرضية التى تؤدى

للسدد الذاتية غالبا ولا نتعرض لسرد الاعراض التي ينبني على معرفتها فعل التشخيص التمييزي بل نذكر هنا فقط قول (بمبرجر) الذي تقرّ بفضله العلوم الطبية وتشهد له بكونه فريدوقته في التشخيص حيث ذكر انه قيد في مشاهداته سبعة أحوال شخص فيها المرض خطا ولم يستبن الامر ويتضح مع التحقيق الا بفعل الصفات التشريحية وذكر أيضا انه لا يمكن تجنب هذا الخطا ويندر الحكم مع التأكيد بتشخيص النزيف الدماغي في كل نشبة سكتية

وكذا شكل الانيميا والنكرزا الجزئيين للدماغ الناشئين عن سدد سيارة يكاد يسبقها على الدوام ظواهر مرضية سابقة واصفة الا انها ليست عبارة عن ظواهر مرضية آتية من جهة الدماغ كما في الشكل السابق من الانيميا الدماغية الجزئية بل عبارة عن اعراض امراض تكاد تؤدي على الدوام لسبح السدد السيارة في اوعية الدماغ أعني اعراض آفة في احد الصمامات القلبية اوالتهاب الغشاء الباطن من القلب اوتغير مرضي ثقيل مفسد في جوهر الرئتين فوجود ظواهر مرضية سابقة من هذا القبيل اوعدمه والاستدلال عند البحث عن المريض بوجود آفة في الصمام اوالتهاب في الغشاء الباطن من القلب اوتهتك في جوهر الرئتين اوعدمه له اهمية عظيمة في التشخيص والتمييز بين وجود انسداد وعائي في احد شرايين الدماغ بسدة سيارة أوغيره من امراض الدماغ بحيث انه عند وجود مجموع اعراض من هذا القبيل يمكننا تشخيص السدة السيارة في الدماغ مع التأكيد في الحالة الاولى ورفضها مع التأكيد في الحالة الثانية فانه بواسطة امتناع الدم الشرياني بغتة عن احد اجزاء الدماغ الناتج عن انسداد شرياني يفقد هذا العضو وظيفته فجأة ايضا وحيث يكاد تبعا للتجارب المعلومة ان السدة السيارة تسد على الدوام شرياني حفرتي سلفيوس لاسيما اليسرى وان انسداد هذا الوعاء العظيم ينتج عنه انيميا النصف الكرى العظيم المتغذى بهذا الشريان فمن الواضح ان الشلل الجانبي اي الفالج اليمني الطارئ بغتة هو العرض المهم الذي يستنتج منه سبح سدة سيارة في احد شرايين الدماغ وسدها له عند مريض معتريه آفة صمامية في القلب واما فقد الادراك التام

اى النشبة السكتية الذى يصاحب انسداد احد شريانى حفرتى سلفيوس ويعقبه على الدوام طر والشلل النصفى الجانبى فعسر التوجيه ونحن نظن انه من القريب للعقل ان هذه الظاهرة تنتج عن انتفاخ النصف الكرى المصاب انتفاخا عظيما بواسطة الاوذيما التفهمية الجانبية وان (مثل ما يحصل فى الانسكابات الدموية العظيمة) النصف الكرى المقابل لا يكون محفوظا بالكلية من الضغط الواقع عليه من النصف الكرى المريض بواسطة الشرشرة المخية التى ليس لها الا درجة مقاومة قليلة واقله اننا نشاهد على الدوام فى احوال السدد السيارة لبعض الشرايين الدائرية اوذيما عظيمة ممتدة فى محيط الشريان المنسد وكذا يشاهد فى احوال السدد السيارة للشريان الطحالى انتفاخ اوذيماوى عظيم فى هذا العضو ومن الواضح البين ان الشلل النصفى الجانبى الطارئ فجأة المصحوب ابتداء بنشبة سكتية يسهل اختلاطه بالنزيف الدماغى ويجوز الارتكان الى السن فى التمييز بين النزيف الدماغى والسدد السيارة لاوعية هذا العضو فان النزيف الدماغى يحصل غالبا عند المتقدمين فى السن واما السدد السيارة فتحصل فى جميع اطوار الحياة ولذا يكون الظن عند اصابة شخص شاب بوجود سدة سيارة أقوى من وجود نزيف دماغى لكن الطريق الوحيد لعدم الوقوع فى الخطا هو البحث بالدقة عن القلب والرئتين ويزداد التأكيد فى التشخيص بالاستدلال حال البحث على وجود آفة صمامية وغيرها متى امكن مع ذلك اثبات وجود سدد سيارة فى شرايين دائرية اوشرايين بعض الاعضاء الباطنية كالطحال والكليتين وفى غالب الاحوال يطرأ الموت بعد النوبة بزمن متفاوت مع اعراض الشلل العمومى وفى احوال أخرى يعود الادراك ثانيا ومن النادر زوال ظواهر الشلل وهذا الامر ينتج كما بيناه عن صعوبة حصول دورة تفهمية جانبية

واما الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن اوذيما تفهمية جانبية فى محيط الخراجات او الاورام اوغيرها من البورات المرضية فانها تتضح على حسب درجة الانيميا اما بظواهر التهيج اوظواهر الشلل التى تضاعف الاعراض اللاواسطية لتلك الاصابات البورية وباضطراب فى وظائف اجزاء الدماغ الكائنة بعيدا عن تلك البورات المرضية وعند فعل الصفات التشريحية

وان كان من العسر جدا التأكد من وجود الاوذيما او الانيميا الشعرية في محيط الخراجات او التولدات الجديدة ونحو ذلك ودرجة امتدادها الا انه يجوز لنا القول بان محيط تلك البورات المرضية في الدماغ يشابه و يطابق مايحصل في الاجزاء المشاهدة بالنظر والذي يجرؤنا على هذا القول واعتباره هو انه لم يخف على كثير من المؤلفين انه كثيرا ماظهر في احوال الاصابات الجزئية للدماغ اعراض لا يمكن نسبتها للتغير المادي الجوهري في الدماغ الذي يوجد في الجثة عند فعل الصفات التشريحية بل ينسب ولابد لتغير غير مدرك في اجزاء الدماغ الكائنة في محيط تلك البورات المرضية ومن القريب للعقل جدا ان هذه التغيرات تتعلق باضطراب في الدورة الشعرية وظهور الاوذيما وذلك لان هذه التغيرات كثيرا ما لا تبقي اثرا في الجثة بحال أخرى وقد تدلنا الاعراض المشاهدة في اثناء الحياة على امتداد الاضطرابات الدورية التابعية والاوذيما التقممية الجانبية دلالة واضحة زيادة عن فعل الصفات التشريحية فمثلا ان شوهد شلل او تشنج عند وجود بورات مرضية غير مضيقة لمتسع الجمجمة في الجوهر القشري او النخاعي للنصفين الكرويين التي تهتكها او فسادها لا يحدث تشنجات ولا شللا دل ذلك على امتداد التغير الذي نحن بصدده الى اجزاء بعيدة عميقة من الدماغ وحيث تحقق بالتجارب العديدة انه يمكن تهتك وازالة احد نصفي المخيخ بدون ان يحصل شلل جانبي لا يمكن حينئذ نسبة وجود هذا الشلل الجانبي في احوال الاصابات الجوهرية القاصرة على المخيخ للاصابة المرضية لهذا العضو بلاواسطة بل من امتداد الاوذيما الجانبية على اجزاء من الدماغ التي ينتج عن فقد وظيفتها شلل نصفي جانبي فالمشاهدة العجيبة من انه في احوال الاصابات الجانبية للمخيخ لا يشاهد في بعض الاحوال شلل نصفي جانبي وفي احوال أخرى يشاهد الشلل في الجهة المسامتة وفي بعض الاحوال في الجهة المقابلة توجه ولابد بكيفية بسيطة وهو انه في الحالة الاخيرة تمتد الاوذيما التقممية الجانبية على طول فخذي المخيخ الى الحدبة المخية (اي قنطرة فارول) والى الجهة الجانبية من تلك القنطرة بخلافها في الاحوال التي فيها يكون الشلل مصيبا للجهة المسامتة اي التي توجد فيها اصابة المخيخ يكون

امتداد الاوذيما على طول فخذى المخيخ الى النخاع المستطيل والى الاجزاء الجانبية من هذا العضو وفى الاحوال التى لا يوجد فيها شلل جانبى لا تكون الاوذيما التفممية الجانبية ممتدة الى اجزاء من الدماغ يؤدى فقد وظيفتها للشلل وجميع هذه الامثلة يكفى فى بيان اهمية الانيميا الدماغية بالنسبة لمجموع الاعراض المصاحبة لامراض الدماغ القاصرة على بورات محدودة وقد ذكرنا فيما تقدم ان تعاقب الاعراض اعنى التحسين والتثاقل الوقتيين المشاهدين فى اثناء سير امراض الدماغ يتعلق غالبه بتناقص الاوذيما التفممية الجانبية فى محيط البورات المرضية الدماغية وتزايدها

واما الشكل الثالث من الانيميا الدماغية الجزئية اى الناتج عن الضغط الذى يعترى الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة بورات مرضية مضيقة لمتسع الجمجمة فانه يؤدى لمجموع اعراض مستمر واصف يختلف ولا بد على حسب كون مجلس الانيميا فى احد النصفين الكريين العظيمين أو الآخر أو فى الاعضاء الكائنة اسفل الخيمة المخيخية فانه متى انضغطت الاوعية الشعرية لاحد النصفين الكريين اما بواسطة انسكاب دموى او ورم او غيره من البورات المرضية المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة نشأ عن ذلك ولا بد شلل جانبى مهما اختلف مجلس البورة المرضية المضيقة وهذا الشلل يكون قاصرا على الجهة السفلى من الوجه وعلى الطرفين المقابلين للجهة المريضة وكثيرا ما كان يستغرب انه فى كثير من احوال البورات المرضية الكائنة اعلى النصف الكرى او اسفله أو فى باطنه يحصل الشلل النصفى الجانبى وفى احوال أخرى لا يحصل هذا الشلل ولو مع وجود بورات مرضية فى قاعدة احد النصفين الكريين او على سطحهما المحدب او فى باطن الجوهر الابيض النخاعى له بل وفعلت تقاويم عديدة بها اتضح هذا الاختلاف العجيب ونحن نقول انه لا فائدة فى هذه التقاويم ما لم يعتبر فيها نوع الاصابة المرضية ونظن انه من المهم تمييز نوعين من البورات المرضية لكل منهما نتيجة مختلفة احداهما تشغل حيزا اعظم من حيز الالياف والعقد العصبية التى حلت محلها وثانيتهما تكون بعكس ما ذكر فالبورات المرضية التى مجلسها قاعدة النصفين الكريين العظيمين او سطحهما المحدب او الجوهر

النخاعى لهما لا تؤدى لشلل نصفى جانبى الا اذا كانت مضيقة لمتسع تجويف الجمجمة وفى الاحوال المغايرة لذلك لا تؤدى لحصول الفالج (مالم تكن قد حصلت اوذيما تفممية جانبية فى محيطها وامتدت الى احد الاسرة البصرية اوالاجسام المضلعة) وهناك استثنا آت من ذلك وهى الاحوال التى توجد فيها اصابات مرضية فى أحد النصفين الكريين ينتج عن متحصلها بلا شك ضيق فى متسع تجويف الجمجمة بدون ان ينشأ عنها الشلل الجانبى ففى الاورام التى تموبطء يحصل ضمور فى الدماغ عادة بحيث انه يتلاشى جوهر هذا العضو توجد مسافة فى تجويف الجمجمة بدلا عن التى شغلها الورم النامى شيأ فشيأ ففى مثل هذه الاحوال لا تحصل الانميا فى اجزاء النصف الكرى المصابة عقب انضغاط أوعيتها الشعرية فلا يحصل الشلل الجانبى حينئذ مالم يكن مجلس الورم فى أحد الاجسام المضلعة أو الاسرة البصرية وزيادة عن ذلك ينبغى لنا تذكر الاستطراق المتسع الكائن بين الخزانتين العلويتين لتجويف الجمجمة فى جزئهما المقدم فانه من الواضح ان الضغط الذى يعترى أحد النصفين الكريين هنا يمتد بسهولة الى النصف الكرى الآخر دون محال اخرى ومن المعلوم انه كلما انتشر الضغط وتوزع كان تأثيره أقل وباعتبار جميع هذه الاحوال يتضح انه فى أحوال الاصابات المرضية للنصفين المقدمين من الدماغ التى لا تضيق متسع تجويف الجمجمة بدرجة عظيمة لا يعترى كذلك الاوعية الشعرية للنصف الكرى المصاب ضغط تام بحيث لا يحصل الشلل الجانبى بالكلية أو غايته ما هناك بدرجة واهية هذا بخلاف امتداد الضغط على النصف الكرى الآخر فانه يتضح بطرق اضطرابات عقلية تفقد عادة عند وجود اصابات مرضية قاصرة فقط على أحد النصفين الكريين العظيمين ومن الجائز ان الافازيا (أى فقد التكلم) الذى يوجد غالبا عند اصابة أحد الفصين الجبهيين للمخ لا سيما اليسارى منهما (لكن ليس دائما) يوجه بالكيفية الآتية وهى ان الضغط المؤثر على أحد الفصين الجبهيين يمتد بسهولة الى الفص المقابل فانه لا يتصور مع تمام انتظام شكل النصفين الكريين وجود عضو منفرد فى أحدهما دون الآخر

وأما مجموع الاعراض الذى يصاحب انضغاط الاوعية الشعرية لاجزاء

الدماغ الكائنة فى الحفرتين الخلفيتين للجمجمة فكثير الوضوح والاستمرار ويوجه ذلك بان خيمة المخيخ تقاوم الضغط الواقع عليها اكثر من مقاومة الشرشرة المخية له وكذا يكون الاستطراق الكائن بين الخزانتين الخلفيتين السفليتين للجمجمة المحدودتين بخيمة المخيخ والقمحدوى وبين الخزانتين العلويتين اقل اتساعا عن الاستطراق الكائن بين الخزانتين العلويتين وبعضهما فانه فى أحوال تشخيص أمراض الدماغ يسهل الوقوع فى الخطأ كما هو معلوم لكنى لا أتذكر انى أخطأت فى تشخيص بورة مرضية مضيقة لمتسع تجويف الحفرة الخلفية من الجمجمة بل وكثير من تلامذتى اكذلى سهولة تشخيص ماذكر طبقا لما تقرر منى وانه شخص ذلك مرارا وتأكد له ذلك بالصفات التشريحية ومجموع الاعراض الذى يستنبط منه انضغاط الاوعية الشعرية للاعضاء الكائنة فى الحفر الجمجمية الخلفية هو ما يأتى وهو عبارة عن آلام فى قسم القمحدوة وقىء سمباتوى ونوع مخصوص من الدوار وضعف فى الحساسية والحركة لا يصل الى الشلل والخدر التامين ويكون ضعف الحساسية والحركة ممتدا باستواء فى جميع الجسم وتعسر النطق والازدراد فاما الآلام القمحدوية فنشاؤها بلا شك الالياف العصبية من التوامى الثلاث المتوزعة فى الخيمة المخيخية المتوترة واما القىء السمباتوى فليس له اهمية تشخيصية على حدته لانه يحصل فى الامراض الدماغية المختلفة لكن بانضمامه الى الاعراض الاخرى يعين على وصف هذه الحالة المرضية وتشخيصها واما الدوار الذى يوجد فى احوال البورات المرضية المضيقة للحفرتين الجمجميتين الخلفيتين فليس مجرد هوس ولا احساسا شخصيا لتحرك حقيق غير موجود فى الجسم أو ما يحيط به ولا يطرأ مثل هذا الشكل الاخير الهوسى من الدوار عند السكون او الجلوس بل عند فعل حركات جسمية مخصوصة فعلى الطبيب أن يتمسك بالقاعدة المذكورة وهى انه عند تشكى كل مريض بالدوار يسأله هل نوب الدوار تطرأ حالة السكون او فقط عند المشى او القيام فان اجاب بالاخير كان عند الطبيب امر مهم يتمسك به فى التشخيص فان الدوار الناشئ عن اصابة مرضية مضيقة لمتسع الحفر الخلفية من تجويف الجمجمة ينتج كما اثبته (امرمن)

ثبوتاواضحا عن حركات اهتزازية حقيقية فى الجذع لايدركها المريض ادراكا تاما بل تحدث اضطرابا فى حساسية ثقله وكان ولابد يحصل عند الشخص السليم وقت المشى او القيام حركات اهتزازية فى الجذع لولا انها تعاق وتتعادل بانقباض العضلات الممددة للعمود الفقرى والمميلة له الى احدى الجهتين فانه عند المشى المستقيم الثابت يعرف انقباض العضلات الممددة للعمود المذكور بتوتر جسمها وظهوره الذى يتم بالتعود المستطيل الغير المدرك وهذا التعود العميق للانقباض العضلى لحركات الجسم الميخانيكية واهتزازه يكون مضطربا عند الاشخاص المصابة ببورات مرضية مضيقة لتسع الحفر الخلفية الجمجمية بدرجة عظيمة جدا حتى ان ذلك يعضد به قول جرسنجر بان المخيخ منوط بالفعل العصبى للجذع واستقامة العمود الفقرى واما ضعف الاحساس والحركة الذى يحصل المريض فى حالة اهتزاز واضطراب بدون ان يرتقى الى درجة فقد الاحساس والشلل التامين فيوجه بأن الالياف العصبية الناشئة من المخ والمارة من الثقب القمعدوى العلوى الى الحفرة الجمجمية الخلفية وبتركها مارا من الثقب القمعدوى السفلى يعتريها ضغط حالة سيرها وبذا يحصل عوق فى سريان التنبيه العصبى المركزى من الدماغ الى الاعصاب المحركة وكذا فى سريان التنبيه الدائرى من الاعصاب الحسية الى الدماغ واما اضطراب التكلم فيتضح بسهولة انه ليس ناتجا عن تناقص فى المفكرة لاعدم القدرة على وجود الفاظ مطابقة لافكار المريض بل عن عدم التمكن من اجراء الحركات الضرورية للتكلم الواضح بسرعة وانطلاق واما اضطراب الازدراد فهو عبارة عن صعوبة فيه وغالبا يحصل للمريض ما يسمى بالشرق حال الشرب ومن المشكوك فيه هل اضطراب النطق والازدراد ناتج عن عوق فعل كل من العصب اللسانى او اللسان البلعومى الحاصل فى منشأ كل من احد هذين العصبين اوفيهما معا بواسطة البورات المرضية المضيقة لتسع تجويف الجمجمة الكائنة فى الحفر الخلفية منها ثم انه ينضم للاعراض المذكورة ظواهر مرضية عصبية موضعية ناتجة عن اصابة احد الفروع العصبية وان وقع الضغط على محل تفهم الاوردة الدماغية العظيمة فى الجيب المستقيم وحصل

عوق فى استفراغ دم الجيوب الدماغية انضم لذلك ظواهر استسقاء دماغى مزمن وسيأتى بيان ذلك عند الكلام على اورام المخيخ وخراجاته هو والحدبة المخية والنخاع المستطيل وعند الكلام على الاستسقاء الدماغى المزمن ايضا فاننا لم نتعرض هنا الا لذكر الظواهر المرضية التى تشاهد عند وجود بورات مرضية مضيقة للمتسع تجويف الحفر الخلفية من الجمجمة مهما كان نوعها او اختلاف مجالسها

﴿المعالجة﴾

معالجة الانيميا الجزئية وتنكرز الدماغ لا يتحصل منها على فائدة عظيمة فانه فى احوال السدد الذاتية والسيارة فى شرايين الدماغ لا يمكن تجنب حصولها ولا ازالة العائق المانع لوصول الدم بوسائط علاجية فعلى الطبيب حينئذ مساعدة تكوّن دورة تفممية جانبية على قدر الامكان بدون ان يعرض المريض لاخطار جديدة بواسطة احتقانات تواردية تفممية جانبية قوية واتمام هذه الدلالة صعب ومن الجائز احداث الضرر فى هذه الحالة بدلا عن المنفعة وكلما كانت ظواهر الشلل الجزئى واضحة مستعصية بدون ان ينضم لها ظواهر تهيج كلما كانت الطريقة العلاجية المقوية المنبهة اكثر جودة ومنفعة وعلى حسب ذلك نرى انه يوصى فى جميع احوال اللين لدماغ باستعمال الوسائط المنبهة واما ان طرأت ظواهر التهيج الناتجة عن احتقان تواردى وحصلت آلام شديدة فى الرأس وانقباضات عضلية ونحو ذلك فيوصى باستعمال التبريد على الرأس وتكرار ارسال العلق خلف الاذنين والمحولات على القناة المعوية وان كانت ضربات القلب سريعة وفى حالة تنبيه او تقطع وجب تلطيفها باستعمال الديجتالا بخلاف ما اذا كانت ضعيفة والنبض صغيرا فتستعمل الوسائط المنبهة كالنبيذ والاوتير وغير ذلك واما الاستفراغات الدموية العامة فينبغى غاية الاحتراس فى استعمالها فانه كثيرا ما يعقبها الهبوط والشلل فعلى حسب ما قررناه لا يمكن وضع قواعد عامة فى معالجة هذا المرض وانما تكون المعالجة مطابقة للحالة الشخصية الراهنة واما معالجة الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن الاوذيما التفممية الجانبية وعن انضغاط الاوعية الشعرية فسنتكلم عليها عند الكلام على

تلك الاعراض البورية التى ينضم اليها هذا الشكل من الانيميا الدماغية

(المبحث الخامس)

(فى النزيف الدماغى المعروف بالسكتة الدموية)

(وعند العوام بالنقطة أو الفالج)

يعنى بالسكتة الدماغية الفقد الفجائى المتفاوت الدرجة فى الوظائف الدماغية وقد يزاد لذلك عدة اشكال على حسب كون شلل الدماغ ناشئا عن انسكاب دموى او ارتشاح مصلى او تغير مادى مدرك اوغير مدرك فى الجوهر الدماغى فتسمى حينئذ بالسكتة الدموية أو المصلية أو العصبية أو نحو ذلك والذى نتكلم عليه هنا هو السكتة الدموية أعنى اصابة الدماغ المتعلقة بتمزقات وعائية وانسكاب دموى سواء نتج عن ذلك اعراض شلل فجائى فى الوظائف الدماغية أم لا

(كيفية الظهور والاسباب)

الانزفة الدماغية تكاد تحصل على الدوام من الاوعية الشريانية الدقيقة اومن الاوعية الشعرية للدماغ وتارة تنشأ عن تغير فى جدر الاوعية المذكورة أوفى جوهر الدماغ المحيط بتلك الاوعية اوعن ازدياد ضغط الدم الواقع على جدرها والغالب حصول النزيف من اجتماع جملة من تلك الاسباب فاما تغير جدر الاوعية الذى يتعلق به غالبا تمزق جدرها فهو الانتهاء الاعتيادى للالتهاب الشريانى المشوه وكثيرا مايحصل ذلك فى سن الشيخوخة كما نبه عليه ابوقراط حيث ذكر ان اكثر مايحصل هذا المرض بعد سن الاربعين وكذا الاستحالة الشحمية البسيطة لجدر الاوعية غير الناتجة عن حالة التهابية فيها وتوجد عند الاشخاص الرديئى التغذية والمصابين بالخلوروز فانها تؤدى الى سهولة تمزق جدر هذه الاوعية ولنذكر هنا ان هذه الاستحالة تشاهد بكثرة فى الرمدا كثر من السكتة ثم ان التمزق التام يحصل احيانا فى الطبقة الباطنة والمتوسطة قبل الظاهرة فتتمدد هذه الاخيرة بدفع الدم لها فينتج عن ذلك نوع تمددات ايذورزماوية صغيرة منتشرة وقد تشاهد احوال يحصل فيها تمزق جدر الاوعية بسهولة بدون ان توجد تغيرات مدركة فيها كما يشاهد ذلك بندرة فى اثناء نقاهة التيفوس

والتسمم الصديدى الحادوسير الاسكربوط

وقدذكرنا فى المبحث السابق ان اللين التنكرزى لجوهر الدماغ ولاشبه كثيرا مايعقبه نزيف شعرى فى محيط البورة المرضية لكن الاكثر فى انتاج النزيف الدماغى هوضمور جوهر هذا العضو بالتدريج لان ذلك يؤدى لتمدد الاوعية وتمزقها فانه بضمور الجوهر الدماغى لايمكن ان يتكون خلاء ولذا كان كل من ازدياد السائل الفقرى الدماغى وتمدد الاوعية ملازما لضمور الشيخوخى وضمور هذا العضو يعقب كثيرا من هذه الامراض المختلفة ومن الجائز ان حصول السكتة الدماغية بكثرة عند التقدم فى السن منوط بهذا الامركما ان ميل هذه السكتة للنكسات متعلق بضمور الدماغ الناتج عن اوّل نوبة منها

واما ازدياد ضغط الدم على جدر الاوعية وهو الرئيس فى احداث هذا المرض فينشأ (اوّلا) عن جميع الاسباب المحدثة للاحتقان الدماغى كماذكرنا ذلك فى المبحث الاول والثانى وكذا حصول نوبة السكتة الدماغية عقب الافراط من المآكل والمشارب مدة تعاطيها يدل على ان الاحتقان الدماغى المتعلق بالامتلاء الدموى الوقتى كثيرا مايكون أحد الاشكال الخطرة للسكتة الدماغية وزيادة عن ذلك فلضخامة البطين الايسر من القلب أهمية عظيمة فى احداث تمزق اوعية الدماغ لاسيما شكل الضخامة الذى ينتج عنه الالتهاب الشريانى الباطنى المشوه الممتد فانه حينئذ يكون الخطر مزدوجا وهو هشاشة جدر الاوعية والضغط المتزايد للدم الواقع عليها وينضم لذلك ان جريان الدم فى الشرايين الصغيرة يكون مستويا بحيث ان توتر جدرها يكون فى اثناء حركة انقباض القلب وانبساطه مستويا تقريبا وفى الاستحالة الاثيروماتيزية الممتدة تكون تلك الاوعية نابضة بحيث يعترى جدرها فى اثناء كل حركة انقباض قلبى ازدياد عظيم فى التوتر الطبيعى المتوسط الشدّة ومن الواضح ان هذا الامر يعين كذلك على سهولة تمزق هذه الاوعية المريضة فتعلق النزيف الدماغى بالمضاعفة التى نحن بصددها كثير جدّا حتى انه فى الحالة الراهنة يرتكن ولابد فى تشخيص هذا المرض على اثبات وجود ضخامة فى البطين الايسر واستحالة اثيرماتيزية فى جدر

الشرايين
ثم ان السكتات الدماغية تحصل فى كل فصل من السنة لكن أحيانا تحصل جملة احوال من هذا المرض مع بعضها فى آن واحد بدون معرفة السبب كما انها تشاهد فى أى وقت من اوقات النهار حتى فعلت بعض تقاويم على كثرة حصولها فى اثناء ساعات الصباح والظهر والمساء والسن المتقدم وان كان اكثر عرضة لهذا المرض فقد يشاهد فى الاطفال والرجال اكثر مصابا به عن النساء ولا توجد هيئة سكتية متصفة (كما يقال) بقصر العنق وعرض الكتفين

(الصفات التشريحية)

النزيف الدماغى يكون اما شعريا او مكونا البورة نزيفية على حسب كون النزيف مكونا الانسكابات صغيرة متقاربة لبعضها اولبورة عظيمة

ففى النزيف الشعرى يظهر جوهر الدماغ فى محل كثير الامتداد او قليله منقطا بلون محمر يميل للسمرة بواسطة الانسكابات الدموية النقطية الصغيرة وجوهر الدماغ الكائن بين هذه الانسكابات يكون اما حافظا للونه وقوامه الطبيعيين او ملونا بلون محمر أو مصفر بحسب اختلاف درجة تشربه او يكون مسترخيا رطبا او مستحيلا الى عجينة رخوة متخللة بالانسكاب الدموى وهذا (ما يسمى باللين الاحمر)

واما البورات الدموية فان كانت صغيرة كانت فيها الياف جوهر الدماغ متباعدة عن بعضها وان كانت عظيمة الاتساع فالياف هذا العضو تتبدد وتتلاشى وتختلط بالدم المنسكب ففى الحالة الاولى يكون شكل البورة مستطيلا على حسب اتجاه الياف الدماغ وفى الحالة الثانية يكون شكلها مستديرا أو غير منتظم وجدر البورة فى الحالة الاولى تكون ملساء وفى الحالة الثانية تكون غالبا مشرذمة ومحاطة بطبقة من جوهر الدماغ سمكها بعض خطوط متشبعة بالدم وقوامها عجينى وعظم البورة يختلف فيكون من حجم حبة الشهدانج الى قبضة اليد وان كان وضع البورة قريبا من أحد الجيوب الدماغية ثقب جدره وانسكب الدم فيه غالبا واما اذا كانت موضوعة بقرب سطح هذا العضو انثقب جوهره القشرى والأم الحنونة وانسكب الدم فى الخلايا تحت العنكبوتية والغالب انه لا توجد الا بورة واحدة فى

الدماغ ويندر وجود عدة منها ومجلس هذه البورات السكتية الاجسام
المضلعة والاسرة البصرية والجوهر النخاعى للنصفين الكريين واقل من ذلك
حصولا وجود البورة السكتية فى الجوهر القشرى للمخ وفى المخيخ والقنطرة
ويندر جدا وجود هذه البورات السكتية فى الاجسام التوأمية والنخاع
المستطيل ولا تكاد توجد بالكلية فى الجسم المندمل ولا المثمى ثم ان متحصل
البورة السكتية الجديدة يتكون من دم ومن جوهر الدماغ المتلاشى والدم
اما ان يكون سائلا او مكابدا للانعقاد وحينئذ تكون المادة الليفية متراكمة
على دائرة البورة والدم السائل فى مركزها وعما قليل يكابد متحصل
البورة وجدرها تغيرات مخصوصة فان مادة الدم الليفية والجزيئات الدماغية
المتلاشية المختلطة به تستحيل الى مادة لا شكل لها ويصير متحصل البورة سائلا
ولونه الاحمر المسمر سنجابيا ثم زعفرانيا مصفرا وتتكون من المادة الملونة للدم
مواد يجمنتية او بلورات وحينئذ تتكون طبقة من المنسوج الخلوى بين الاب
العصبى للدماغ والبورة السكتية وبذلك تتكون طبقة سميكة ندبية تحيط
بالبورة وتكيسها كما انه يتكون فى باطن البورة الياف خلوية رقيقة تبطن
جدر البورة من الباطن وتمتد من احد الجدر الى الآخر ثم بعد زوال عناصر
الانسكاب الدموى وامتصاصها او تلاشيها تمتلئ البورة بمادة سائلة مصلية
وحينئذ يوجد فى باطن الدماغ تجويف ممتلئ بسائل شفاف ومحاط بجوهر
خلوى ندبى ومبطن بالياف خلوية رقيقة ملونة بلون مصفر يجمنتى وهذا
ما يسمى بالكيس السكتى وهذا الكيس يبقى على الدوام غالبا لكن
احيانا يمتص سائله وتتقارب جدره من بعضها ولا تكون منفصلة
الا بطبقة يجمنتية وهذا ما يسمى بالندب السكتية واما التحام البورات
السكتية الكائنة فى الجوهر القشرى فتختلف عن ذلك فان الانسكابات
الدموية السطحية العريضة الكائنة اسفل الام الحنونة تكابد عين
الاستحالات التى يكابدها دم البورات السكتية المركزية فالعجينة الحمراء
تستحيل شيئا فشيئا الى مادة حمراء سنجابية ثم زعفرانية مصفرة هشة
محدودة من الاسفل بجوهر المخ المتكاثف ومن الاعلى بالام الحنونة
ثم تتكون لطخ عريضة مجذبة يجمنتية يوجد أعلى منها نضح مصلى يملأ

المسافة الخالية وانتهاء النزيف الدماغى الذى يبتدأ بعد حميدا لكن فى بعض الاحوال لا يقتصر الالتهاب المحيط بالبورة والجزء الدماغى المتلاشى على تكونات جديدة خلوية بل يمتد فيه نشأ عنه تهتكات ولين فى جوهر الدماغ او تقيح فتستحيل البورة السكتية الى خراج دماغى والاجزاء الدماغية البعيدة عن محل الانسكاب الدموى توجد فى احوال الانسكاب العظيم خالية عن الدم وكلما كان الانسكاب عظيما كانت انيميا هذه الاجزاء أشد وأقوى واما الانسكابات الصغيرة الشعرية فليس لها تأثير على توزيع الدم فى باقى اجزاء الدماغ وا كثرما تتضح الانيميا فى النصفين الكريين العظيمين اذا كانت محلا لانسكاب عظيم وحينئذ تكون المسافات تحت العنكبوتية فارغة وتلافيف الدماغ منضغطة قليلا والميازيب قليلة الغور وحيث ان الهيئة الغير المستوية لسطح الدماغ تنشأ على الخصوص من وجود السائل الفقرى الدماغى ومن الاوعية المحتوية على الدم الكائنة بين التلافيف الدماغية فالسطح الظاهر للدماغ يظهر فى احوال الانسكابات الدموية الدماغية العظيمة املس مستويا

والغالب ان تتغير تغذية هذا العضو عقب اصابته بالسكتة الدماغية فان تناقص القوى العقلية الذى يكاد يشاهد عند جميع المصابين بالسكتات الدماغية ينشأ ولابد عن حالة ضمور فى هذا العضو وتغير فى الياف الممتدة نحو النخاع الشوكى خصوصا الياف المتعلقة بالبورة السكتية

(الاعراض والسير)

السكتة الدماغية تطرأ احيانا فجأة عند اشخاص سالمين من قبل واحيانا تسبق بظواهر مرضية تحدث عند العوام بل والطبيب الرعب بكون المريض مهددا بحصول نوبة سكتية فالمرضى تشتكى بآلام فى الرأس وثقل ودوار وطنين فى الاذنين وشرر أمام الاعين ونوب دوار ويضطرب نومهم ويكونون فى حالة قلق وتهيج وينضم لذلك زمنا فزمنا عرض مهم وهو الاحساس الوقتى بتنمل وخدر فى أحد الاطراف وفقد وقتى فى القوة المذكرة لبعض الالفاظ اوالاعداد والشلل القاصر على بعض العضلات فالظواهر السابقة للسكتة الدماغية هى عين الظواهر التى شرحناها فى المبحث السابق

وذكرنا انهما اعراض الاحتقان الدماغى العام او الجزئى واعراض الانيميا الجزئية الناتجة عن استحالة فى جدر أوعية الدماغ وهذا الامر يطابق بالكلية كثرة تعلق النزيف الدماغى تارة بازدياد الضغط الباطنى الواقع على جدر الاوعية الدماغية وتارة باستحالة مرضية فى جدرها وعلى كل حال لا يمكن بت الحكم فى الحالة الراهنة بان كان فقد الحساسية والشلل الجزئيين الوقتيين المعلنين بالنوبة السكتية والسابقين لها متعلقين بسدد ذاتية فى الاوعية الصغيرة أو بانزفة شعرية وفى الحالة الاخيرة لا تعد حينئذ من الظواهر السابقة لهذا المرض

ثم ان تبدد الالياف العصبية المخية وتلاشيها سواء كانت متهتكة كما فى الانسكابات الدموية العظيمة أوليفية كما فى الانسكابات الشعرية القليلة لا ينتج عنها كما ذكرنا سابقا نتائج لا واسطية أخرى الا الشلل جزئى وحيث ان تبدد بعض اجزاء المخ وتلاشيها الاسيما الجوهر النخاعى للنصفين الكرويين العظيمين لا ينتج عنه اضطرابات وظيفية مدركة فمن الواضح ان الانزفة القليلة التى تحصل فى هذه الاجزاء كغيرها من اصاباتها المرضية لا تدرك مدة الحياة احيانا

ثم انا قد بينا ان المجلس الكثير الحصول للانزفة الدماغية هو الجسمان المضلعان والاسرة البصرية فتهتك هذه الاجزاء أو قوائم المخ ينتج عنه شلل فى نصف الجسم المقابل لها ومن السهل اثباته ان الشلل الحاصل من فساد تلك الاجزاء وتبددها ينشأ ولا بد عن انقطاع التواصل العصبى بين الاعضاء المنوطة بفعل الارادة والقوة المذكرة وبين الاعصاب المحركة والعضلات المتوزعة فيها واما قابلية التذكر أو الارادة فلا تكون مضطربة فانه بعد زوال الغشية السكتية التى ينطفئ فى اثنائها الادراك بالكلية ان امرنا المرضى بحركة اليد المشلولة شاهدنا انهم يستعينون لاتمام هذه الحركة باليد الغير المشلولة لان اليد المشلولة لا تستطيع الارادة عندهم دون اليد السالمة وهذا يدل على وجود الارادة عندهم باتمام تلك الحركة ومن جهة اخرى فكل عصب محرك فى الجهة المشلولة متى اثر عليه التيار الكهربائى يحدث ولا بد انقباضات عضلية فى العضلات المتوزع فيها فحينئذ يتضح ان ما يحصل فى هذا

المرض انما هو انقطاع التوصيل بين الخلايا العصبية التى فيها يتم فعل الارادة وبين الاعصاب المحركة التى لم تزل حافظة لقابلية تنبيهها وهذا الانقطاع فى توصيل التأثير المحرك ليس له ادنى فعل فى حركات الجهة المشلولة التى لا تحصل بطريق الارادة بل بفعل الانعكاس فان المريض المصاب مثلا بسكتة دموية فى النصف المخى اليسارى والحاصل عنده شلل فى الذراع والفخذ الايمنين يحرك عند التنفس النصف اليمينى من الصدر كاليسارى منه كما ان الاتصال بين الاعصاب المحركة وبين الالياف والخلايا العصبية التى تتنبه ببعض الانفعالات النفسية لا يزول بانقطاع التواصل العصبى الارادى الذى نحن بصدده والذى يؤيد ذلك ان مثل هؤلاء المرضى الذين لم يكن لهم قدرة على فعل انقباضات عضلية ارادية فى احدى جهتى الوجه كحركات الضحك او البكاء اذا أمروا بذلك يحركون هذه الاجزاء كالحالة الطبيعية متى لم يريدوا الضحك أو البكاء بل وقعوا فى حالة انفعال نفسانى كما انه لا يترتب على انقطاع توصيل التأثير العصبى من الاجزاء المركزية المنوطة بفعل الارادة الى الالياف العصبية المحركة انقطاع التواصل بين هذه الالياف الاخيرة والالياف الحساسية وبينها وبين غيرها من الالياف المحركة ولذا اننا نجد حصول حركات انعكاسية او اشتراكية بدون اضطراب بل ربما كان اسهل مما يحصل فى الحالة الاعتيادية بحيث يظهر ان تنبيه الالياف العصبية المحركة اذا لم يكن متعلقا بالارادة يحصل بسهولة عن الحالة الطبيعية بالفعل المنعكس ومن الواصف للشلل الناشئ عن تهتك احد الاجسام المضلعة أو الاسرة البصرية كون هذا الشلل قاصرا على عضلات الاطراف والوجه الممتدة الى زاوية الفم والانف والى العضلات المنوطة بمد اللسان ودفعه الى الخارج فان المرضى يكاد يمكنهم المضغ فى الجهة المشلولة واحداث تثن فى الجبهة وغلق الاجفان وفتحها واحداث حركات تامة فى العينين ونحو ذلك لكن لا يكون لهم قدرة على تحريك الذراع او الرجل او اليد المشلولة الى أعلى ولو بقدر قيراط وتكون زاوية الفم ساقطة الى اسفل وطاقة الانف ضيقة وتارة يحصل انتفاخ فى الشدق عند كل حركة زفير كالقلع المرتخى بخلاف الجهة السليمة فانها تكون

زاوية الفم مرتفعة الى اعلى وطاقة الانف ممددة وعند اخراج اللسان من الفم شوهد ميل طرفه الى الجهة المشلة وماذاك الا لكون عضلات الجهة السليمة هي التي بانفرادها تدفع قاعدة اللسان وتمدد وفي غالب الاحوال يحصل مع الشلل في النصف الجانبي فقد حساسية نصفية جانبية ايضا لكن هذا الاخير يزول عادة عما قليل من الزمن بالكلية اومعظمه وسير فقد الحساسية المذكورة وكذا التجارب المعلومة من ان الحيوانات لاتحس عند فساد كل من الجسم المضلع والاسرة البصرية وان قابلية الحساسية عندها بالآلام تستمر بعد ازالة الاجزاء المذكورة يؤيد أن فقد الحساسية الوقتي في الجهة المشلة لايكون متعلقا بلاواسطة بفساد الجسم المضلع اوالاسرة البصرية بل بانضغاط الاوعية الشعرية لاجزاء الدماغ الكائنة أسفل منها الناتج عن الانسكاب الدموى

وعين هذه الاعراض الناتجة عن الانسكابات الدموية في الاسرة البصرية والاجسام المضلعة تحصل من انسكابات دموية في غير هذه الاجزاء من النصفين الكريين بشرط ان تكون غزيرة جدا حتى ان الاوعية الشعرية لتلك الاجزاء تنضغط بها وتبعا لما بيناه في المبحث السابق في الكلام على الانيميا الدماغية الجزئية وتأثيرها في الوظائف الدماغية لايستغرب كون هذه النتيجة واحدة ومطابقة بل من الواضح ان هذا ضرورى والفرق الوحيد هو أن البورة السكنية العظيمة التي بها يتمزق كل من الجسم المضلع والسرير البصرى يخلفه فالج لايزول بالكلية وأما البورات الصغيرة في الاجزاء المذكورة التي لاتتمزق بها اليافها وخلاياها العصبية بل تتباعد عن بعضها فقط فيخلفها شلل وقتي ومن هذه التجارب يستنتج ان الجهاز الموجود في الدماغ المنوط بتنبيه الاعصاب المحركة متى تنبه بالارادة يكون مجلسه بلاشك في قسم الجسم المضلع والسرير البصرى واما البورات السكنية العظيمة التي مجلسها في محال اخر من النصفين الكريين العظيمين فانه لايندر ان يخلفها شلل متفاوت المدة فيستنتج من هذا السير ان الاوعية الشعرية للبورة المركزية المحركة تتخلى عن الضغط بامتصاص الانسكاب ولو بعضا منه فيمر الدم منها ثانيا أو ان الاوذيما النفممية الجانبية في محيط جزء الدماغ

المتهتك التي امتدت الى مجلس البورة المركزية المحركة تزول عقب التئام البورة السكتية

واما الانسكابات الدموية التي مجلسها الجوهر القشري للنصفين الكريين العظيمين للمخ التي تكاد تكون دائما مصحوبة بتزيف في جوهر الام الحنونة فغيما يحصل في بعض الاحوال لاجميعها شلل جانبي وهذا الاختلاف يتعلق بدرجة امتداد نتائج النزيف الدماغي نحو الباطن كما ذكرنا ذلك مرارا أعني بانضغاط الاوعية الشعرية أو الاوذيما التقيحية الجانبية بان كانت هذه النتائج امتدت الى الجسم المضلع والسرير البصري اولا وزيادة عن ذلك فانه يشاهد في هذا النزيف تشنجات عامة واضطرابات ثقيلة في الوظائف العقلية غالبا وحيث دلت التجارب على ان الاشخاص المصابين باستحالات ممتدة متقدمة في الجوهر القشري أو ضموره لا يظهر فيهم اضطرابات عقلية غالبا مادامت الاصابة قاصرة على جهة واحدة فكثرة وجود هذه الاضطرابات المذكورة في النزيف الجانبي لهذا الجوهر أي في احدى الجهتين منه توجه ولا بد بان النزيف والتغيرات الالتهابية التابعة له في الام الحنونة التي لاصابتها ميل عظيم الى الامتداد قد امتدت الى النصف الكري الآخر

وأما الازفة القنطرة المخية فانها تؤدي بسرعة للهلاك مادام فيها بعض امتداد وأما نزيف النخاع المستطيل فانه يؤدي للهلاك عادة ولو كان قاصرا بالكلية وفي احوال النزيف القليل جدا في الجهة الجانبية من القنطرة يحصل فقد الاحساس وشلل في الجهة المقابلة وأما النزيف القليل لمركز هذا العضو فينتج عنه شلل مزدوج في الجهتين

وفي الازفة المخيخية يحصل غالبا شلل في الجهة المقابلة ومع ذلك فالفالج هنا لا يتعلق بلا واسطة من اصابة المخيخ فانه لا يشاهد عقب فساد هذا العضو الممتد شلل غالبا

ولا يجوز الظن لاختلاف المحال التي تشاهد فيها الازفة الدماغية بان الشلل المتعلق بهذا النزيف يظهر صفات متغايرة في الاحوال المختلفة فان الواقع عكس ذلك اذ في معظم الاحوال يظهر تطابق عظيم واضح فانها تؤدي الى

الفالج المعلوم السابق شرحه ومن المهم جدا معرفة هذا الامر الذى يوجه يكون أغلب الانزفة الدماغية (أعنى فى ٧ من ٨ طبقا للتقاويم الطبية) فى النصفين الكريين العظيمين ولاسيما بقرب الاجسام المضلعة والاسرة البصرية وهناك بعض استثناآت غريبة من الشلل النصفى الجانبى اى الفالج ومن الشلل المتصالب تحصل فى انزفة النصفين الكريين ولا يعرف توجيه ذلك مع البيان ومع ذلك ينبغى ان نذكر انه فى العصر المستجد الذى التفت فيه الى التغيرات الحاصلة فى الشرايين الدماغية لاسيما سددها وتوضيح الاعراض بها ان عدد هذه الاحوال الاستثنائية تناقص تناقصا عظيما

وهناك نوع آخر من الاعراض المصاحبة للانزفة الدماغية يسمى باعراض النشبة السكتية وهى لاتفقد الا فى الانسكابات الدموية القليلة ولا تتعلق بدون واسطة بالاصابة الموضعية الجرحية لهذا العضو بل بتأثيرها على باقى اجزائه وسنذكر أن مجموع هذه الاعراض المعبر عنه بالنشبة السكتية هو الذى يبتدئ به حصول النوبة السكتية فى غالب الاحوال أو يعقب فى النادر ظواهر الشلل التى شرحناها فيما تقدم ومن النادر أن يكون حصول النوبة السكتية تدريجا وهذا لايحصل غالبا الا اذا كان حصول النزيف بطيئا وفى غالب الاحوال بطرأ فجأة فكأن المرضى اصيبوا بضربة فيسقطون على الارض دفعة واحدة صارخين ويكون الادراك مفقودا بالكلية فى أثناء النشبة فتنطفئ قابلية الاحساس والحركة بالكلية والعضلات العاصرة تكون غالبا منشلة بحيث يحصل كل من التبرز والتبول بدون ارادة وأما الحركات التنفسية المتعلقة بالنخاع المستطيل فهى التى تتممها المرضى لكن الغالب ان تحصل حركات التنفس فى فترات عظيمة وتكون غالبا عالية شخيرية وذلك لان اللهاة المنشلة المسترخية تكون فى حالة تموج بواسطة الهواء وهيئة المريض تكون مخصوصة واصفة وذلك لان الشدقين المرتخيين ينتفخان فى كل حركة زفير وكثيرا ما يحصل فى ابتداء النوبة قىء ويكون النبض بطيأ والحدقة ضيقة

والعادة ان توجه النشبة السكتية التى فيها تفقد جميع الوظائف الدماغية

بتمامها بالضغط الذى يحدثه الانسكاب الدموى على الالياف والعقد العصبية لجميع الدماغ ومع ذلك فمن الواضح ان هذا الضغط لا يكون مطلقا أشد من الضغط الدموى الواقع على باطن الشرايين الدماغية فانه متى زاد توتر الاجزاء المحيطة بالاوعية الدموية وصار فى قوة الضغط الواقع من الدم على باطن تلك الشرايين لا يمكن الدم أن يسيل منها ومن المعلوم ان مثل هذا الضغط لا يكون كافيا فى ازالة قابلية تنبيه الالياف العصبية طبقا للتجارب والمشاهدات فى الاعصاب الدائرية وأيضا ما يأتى ينافى حقيقة هذا التوجيه المشهور وذلك انه لو كانت ظواهر الشلل متعلقة بالضغط الذى يعترى ألياف الدماغ فى السكتة الدماغية لنتج من الفصد العام ازالة ظواهر الشلل المذكورة لا فى بعض الاحوال فقط بل فى جميعها بشرط أن يستفرغ من الدم كمية كافية حتى يتناقص الضغط الواقع على باطن جميع الاوعية لاسيما الشرايين وزعم هرتل النافى أيضا التوجيه حصول ظواهر الشلل عقب السكتة الدماغية بالضغط الواقع على هذا العضو أن الظواهر المذكورة تتعلق بدرجة ارتجاج خفيفة يحصل فى هذا العضو من النشبة السكتية لكن فضلا عن كونه لا يمكن تصور حصول هذا الارتجاج فى الانزفة الدماغية غير الجرحية لا يمكن اثبات ذلك بالمشاهدات التشريحية ونحن نوجه النشبة السكتية بالضغط الفجائى الواقع على الاوعية الشعرية الدماغية وبالانيميا التابعية التى تحصل فى جوهر هذا العضو وهذا التوجيه يرتكن فيه الى انه فى الانزفة الدماغية العظيمة لا يمكن فقط اثبات الانيميا الدماغية بالصفات التشريحية بل كذلك تتضح اتضاحا تاما مدة الحياة بواسطة عرض مخصوص كان يفسر عادة خطأ وهو شدة نبض الشرايين السباتية فان هذه الظاهرة ولو أنه من الممكن لكل انسان احداثها فى شرايين أصبعه بلف خيط قوى حول سلاميته تعتبر علامة على شدة توارد الدم نحو الدماغ والحال انه لا يستدل منها فقط الا على عوق ورود الدم نحو تجويف الجمجمة فجميع امراض الدماغ وآفاته التى ينتج عنها تضايق فى متسع تجويف الجمجمة بدرجة بها يعترى ورود الدم فى الاوعية الشريانية الدماغية عوق عظيم كالانسكابات الدموية العظيمة وغيرها من الانسكابات

والارتشاحات والاورام تكون مصحوبة بازيادفى ضربات الشرايين السباتية فتى وجد هذا المرض بدون ضخامة فى البطين الايسر وبدون ازدياد الضربات الشريانية لغير هذا الشريان سهل بذلك فى الحالة الراهنة تشخيص آفة فى الدماغ نشأ عنها تضايق فى متسع تجويف الجمجمة وكثير من تلامذتى تيسر له فى الاكلينك الخاص بنا التأكد من حقيقة هذا التوجيه ومن أهميته التشخيصية ثم اننا اذا اعتبرنا الاحوال الطبيعية للجمجمة اتضح لنا ان الانيميا الدماغية لاسيما الشريانية لهذا العضو لا تنشأ مطلقا عن تمزقات وعائية شعرية فان خروج الدم من هذه الاوعية المتمزقة لا يمكن استمراره متى حصل تعادل بين توتر متحصل تجويف الجمجمة وبين الدم المنحصر فى الاوعية الشعرية ويطابق هذا التصور الامر المعلوم وهو فقد النشبة السكتية فى النزيف الدماغى الشعرى وأما ان تمزق وعاء شريانى عظيم ولم يقف النزيف فان توتر جوهر الاجزاء الدماغية المحيطة بالشريان المتمزق يصير مماثلا لتوتر الدم الموجود فى باطن الشرايين وحيث ان توتر الدم فى الشرايين أعظم منه فى الاوعية الشعرية فلابد وان هذه الاوعية تنضغط فلا يمر الدم فيها ويبنى على ذلك ان النشبة السكتية تحصل على الدوام فى الانزفة الشريانية التى تؤدى الى حصول بورة دموية وان تأملنا بالدقة الى اعراض النشبة السكتية السابق ذكرها اتضح لنا انه فى أثنائها تفقد وظائف النصفين الكريين فلا يكون عند المرضى احساس ولو مع تأثير المهيجات الدائرية الشديدة ولا يكون لهم قدرة على اجراء اى حركة ويفقدون الادراك وأما اجزاء الدماغ المنوطة بحفظ الحياة واستمرارها سيما التنفس فتبقى مستمرة والظاهر ان ذلك ناشئ عن كون الشرشرة الدماغية لا تقى النصف الكرى المقابل وقاية تامة كوقاية خيمة المخيخ للنخاع المستطيل فيمتنع انضغاط الاوعية الشعرية بواسطة ضغط الانسكاب الدموى ولذا ان الانسكاب المذكور أسفل خيمة المخيخ يكون شديد الخطر مهما كان قليل الكمية فانه فى هذا النزيف تفقد وقاية النخاع المستطيل بحيث انه يفقد وظيفته بسهولة بانضغاط اوعيته الشعرية ومن المشكوك فيه كون بطء القلب وتناقص سرعة التنفس وتضايق الحدقة التى تشاهد فى أحوال الانزفة أعلى الخيمة

المخيخية مدة النشبة السكتية ناشئاعن كون العصب المتصير والمحرك للمقلة يكونان فى حالة تهيج متزايد من الضغط المستمر عليهما المتلاطف بواسطة الخيمة المخيخية ام لا

فان لم يهلك المريض مدة النشبة السكتيـة بل افاق منها أعقب ذلك ببعض أيام عـلامات تدل عـلى حصول الالتهاب الدماغى المتفاوت الشـدة وذلك يتعلق بالاصابة الجرحية التى اعترت الدماغ من الانسكاب الدموى ولذا يعتبر هذا الالتهاب جرحيا واعراضه ان لم يرتق الى درجة شديدة بل ادى فقط الى تكونات خلوية جديدة حول البورة هى سرعة فى النبض وغيرها من الظواهر الحمية والم فى الرأس وشرر امام الاعين وهذيان واهتزازات عضلية وانقباضات عضلية فى الاجزاء المشلولة وعما قليل تزول هذه الظواهر المعبر عنها بظواهر ردّ الفعل ويعود المريض لحالة الصحية ولا يبقى معه غير الشلل واما اذا ارتقى الالتهاب لدرجة عظيمة جدا فى محيط البورة السكتية ادى ذلك الى لين التهابى ممتد فينضم للظواهر المذكورة ظواهر الشلل العمومى ويهلك المريض بسبب شدة الاعراض المذكورة المسماة بظواهر رد الفعل

ثم انه باختلاف عظم البورات الدموية وعددها ومجلسها وسرعة حصول الانزفة أو بطئها وشدة ظواهر الالتهاب الدماغى المحيط بالبورة أو خفتها ينشأ اختلاف عظيم جدا فى سير الانزفة الدماغية غير اننا لانذكر الا الرئيس منها

فمنها الشكل المرضى السكتى الكثير الحصول الذى ينشأ عن الانزفة الدماغية العظيمة أو عن حصول انزفة دماغيـة متعددة وهو انه بعـد حصول ظواهر مرضية سابقة او بدونها تحصل النشبة السكتية فجأة ولا يفيق المريض منها بل يمتد الشلل الى النخاع المستطيل فيصير التنفس غير منتظم والنبض متقطعا صغيرا والحدقتان متمددتين و يهلك المريض بعد قليل من الدقائق او الساعات (وهذا ما يسمى بالشكل الصاعق للسكتة)

وهناك شكل ثان اكثر حصولا من المتقدم وهو ينتج أيضا عن انسكاب دموى سريع غير انه قليل الامتداد جدا عما فى الشكل السابق وفيه تشاهد

النوبة السكتية ايضا وبالبحث عن المريض الفاقد للادراك ومشاهدة جهة الوجه المنقبضة واسترخاء عضلات احدى الجهتين وتمدد احدى الحدقتين يعرف فى اى جهة يكون الشلل ثم بعد بعض دقائق اوساعات أوفى اليوم الثانى يستيقظ المريض تدريجا من حالة الكوما غيران نطقه يكون غير واضح وشلله الجانبى باوصافه السابقة يصير كثير الظهور ثم تظهر اعراض الالتهاب الدماغى الجرحى فى اليوم الثانى او الثالث وبعد زوال الاعراض المذكورة اخيرا يبقى عند المريض مدة حياته شلل نصفى جانبى ولوان جزء الشلل المتعلق بالحالة الاوذيماوية المحيطة بالبورة السكتية يزول مع الزمن شيئا فشيئا

وفى احوال اخرى خصوصا عقب تردد النزيف بعد زواله وانقطاعه واستمرار خروجه بكمية قليلة يتلبس المرض بالشكل الآتى وهوانه يبتدئ بنشبة سكتية يستيقظ المريض منها بعد بعض دقائق ولم يبق عنده الا الشلل النصفى الجانبى بحيث يتعشم فى شفائه الا انه بعد مضى بعض ساعات يبتدئ اضطراب الادراك ثم يزول بالكلية ولا يعود ثانيا فيهلك المريض فى حالة كوما

وهناك شكل رابع فيه يحصل النزيف ببطء ويكون قليلا جدا فى الابتداء ثم يتزايد شيئا فشيئا حتى يصير عظيما وفى هذا الشكل لا يبتدئ المرض بظواهر النشبة السكتية بل يبتدئ بالشلل النصفى الجانبى ثم ينضم لذلك فيما بعد فقد الادراك وباقى اعراض الشلل الدماغى وحيث اتضح لك المهم فى هذا المقام فلا حاجة بعد ذلك لاطالة الكلام وذكر جميع التنوعات التى تنتج عن شدة ظواهر التهاب رد الفعل فى محيط البورة السكتية وعن اختلاف درجة ضمور الدماغ الجزئى التابعى للبورة السكتية

﴿المعالجة﴾

اما المعالجة الواقية للسكتة الدماغية فتفصيلها على ماذكرناه فى المبحث الاول والرابع من هذا الفصل فانها تستدعى عين الوسائط التى اوصينا بها فى معالجة الاحتقان الدماغى والاضطرابات الدورية الناتجة عن تغير مرضى فى الشرايين وينبغى لكل مريض نجا من هذا المرض ان يتجنب جميع

الاسباب التى بها تمتلئ اوعية الدماغ وتتمدد مع غاية الاحتراس وعلى الخصوص يتجنب الافراط من المأكل ويجتهد فى اطلاق البطن

واما اذا حصل النزيف الدماغى فينبغى الاجتهاد فى ايقافه ثم فى امتصاص الدم المنسكب ومساعدة تكوين الندبة السكتية غير اننا نعترف بعجزنا فى هذا الخصوص ونذعن بانه ليس عندنا وسائط موصلة لمنع النزيف ومساعدة امتصاصه وسرعة تكوين الندبة السكتية ونقتصر حينئذ فى معالجة النزيف الدماغى على مقاومة الاعراض الخطرة ما امكن وكثير من المرضى المصابين بنشبة سكتية من يعود له ادراكه عقب فعل الفصد الوريدى العام فيظهر حينئذ انه يمكننا بواسطة اجراء الفصد منع تقدم شلل النصفين الكرويين وامتداده الى الاعضاء العصبية المركزية الضرورية لاستمرار الحياة كالنخاع المستطيل ومن جهة أخرى يكون احيانا الفصد سببا قويا فى سرعة الانتهاء المحزن اذا فعل مدة النشبة السكتية فانه يحصل عقب الفقد الدموى حالا انحطاط عمومى وهبوط عظيم لا يكاد يفيق المريض منه وقد ذكرنا فيما تقدم انه ينبغى ان يكون الفصد نافعا فى جميع الاحوال لو كانت العلامات المقول عنها انها اعراض انضغاط الدماغ ناتجة حقيقة عن الضغط الذى يعترى هذا العضو عقب الانسكاب الدموى وذكرنا أيضا ان عدم نجاح الفصد فى كثير من الاحوال ينافى هذا التوجيه فطبقا لما ذكرناه فى توجيه النشبة السكتية يتضح لنا ان الفصد يكون نافعا جدا فى بعض الاحوال وخطرا جدا فى بعضها فعلينا ان نبين دلالات استعماله أو عدمها فى الاحوال المختلفة فنقول

لاجل دخول كمية كافية من الدم النشر يانى فى الدماغ ينبغى الاجتهاد فى سهولة استفراغ الدم الوريدى منه بدون اضعاف ضربات القلب وقوته الدافعة فان كانت ضربات القلب قوية والغاطه واضحة والنبض منتظما ولم يوجد عند المريض علامات ابتداء الاوذيما الرئوية وجبت المبادرة باجراء الفصد بدون تأخير مع ملاحظة تأثير الفقد الدموى ومراعاة وضع الرأس مرتفعا وخفض حرارة اودة المريض واستعمال المنبهات الجلدية والحقن المسهلة المهيجة والوضعيات الباردة وكل من الاستفراغات الدموية

الموضعية كارسال العلق خلف الاذنين اوعلى الصدغين اووضع المحاجم التشريطية على القفا لابمحل محل الفصد العام بل يساعد فقط على تأثيره ونجاحه واما اذا كانت ضربات القلب غير قوية والنبض غير منتظم ووجد عند المريض خواص شعبية كان ضرر الفصد اكيدا فانه يضعف ضربات القلب زيادة عما هي عليه ويقل توارد الدم الشرياني في الدماغ فان حصلت الاعراض المذكورة اخيرا استدعت دلالات المعالجة العرضية ولو كان المرض الاصلي واحدا ومعالجة مضادة لذلك كاستعمال الوسائط المنبهة والمقوية لاجل مقاومة شلل حركات القلب فان لم يمكن اعطاء المريض في مثل هذه الاحوال ادوية منبهة من الباطن كالنبيذ والايتير والمسك ونحو ذلك وجب استعمال الوضعيات الخردلية العريضة على الصدر والساقين ودلك الجلد دلكا جيدا وصب الماء البارد على الصدر اوبعض نقط ذائبة من الشمع الاحمر عليه لكننا نعترف بان الصورة المرضية التي نشاهدها غالبا على سرير المريض لا تكون واضحة كل الوضوح في جميع الاحوال بحيث يستنتج منها دلالات علاجية واضحة لاتباع احدى الطريقتين المذكورتين بل الغالب وجود احوال متوسطة فيها يعسر كثيرا على الطبيب ولو المتمرن استعمال احداهما وحينئذ فالاوفق في مثل هذه الاحوال استعمال طريقة علاجية لطيفة

وعندما يعود المريض لادراكه من النشبة السكتية يقتصر على استعمال تدبير غذائي خفيف لطيف غير منبه وحفظ البطن مطلوقة وتغطية الرأس بعد حلقها بالمكمدات الباردة لاجل منع حصول التهاب رد الفعل القوى وعلى حسب درجة اعراض هذا الالتهاب يداوم بالمعالجة السابق ذكرها مع مساعدتها بواسطة مسهل قوى اوتكرار ارسال العلق خلف الاذنين واما تكرار الفصد في هذا الدور فلامنفعة له بل هو مضر وعند تلطيف الظواهر الحمية يؤمر فيما بعد للمريض باستعمال المحولات على القفا بواسطة الحراريق اوالمرهم المنفط ولا ينبغي المداومة على استعمالها فيما بعد

ومتى زال دور رد الفعل الالتهابي وتحسنت حالة المريض بالكلية ولم يبق عنده الا الشلل ينبغي صيانته عن استعمال بعض الجواهر الدوائية القوية

التأثير كالاستركنين والارنيكا وغيرهما فان نجاح هذه الادوية ليس مؤسسا على نظريات عقلية ولا ثابت بالتجارب بل يقتصر على التدبير الغذائي اللطيف وحفظ البطن طلقة ووضع المريض فى اوساط صحية جيدة ويمكن ارسال المرضى الاغنياء الى المياه المعدنية المقوية الحديدية كماء ولدباد وجستين وفيفيرور اجاتس ولا يتصور انه بواسطة استعمال هذه المياه تستعاض الالياف العصبية الدماغية المتهتكة غير ان التجارب دلت على ان الشلل الناتج عن امراض فى الدماغ او النخاع الشوكى يتحسن تحسينا جيدا باستعمالها ومما يقرب للعقل ان هذا التحسين يحصل بتأثير هذه المياه فى الالتهاب المحيط بالبورة السكتية وجزء الشلل المتعلق به

ولا ينكر أن الشلل السكتى يتحسن عادة باستعمال الاجهزة الكهربائية المتقطعة الطبية ويوجه ذلك بأن التكهرب الجلوانى الموضعى من الوسائط القوية لاعادة الفعل العضلى فانه باستمرار الشلل زمنا طويلا يحصل ضعف عظيم فى العضلات بسبب ابتداء ضمورها وضعف قابلية تنبيه الاعصاب المتوزعة فيها وكلتا هاتين الحالتين ينفع فيهما نفعا جيدا التنبيه التدريجى للاعصاب بواسطة الجهاز الكهربائى الطبى ولذا نفضل هذه الواسطة عن جميع الدلكات المنبهة المأخوذة من المراهم أو الصبغات لكن لا ينبغى المبادرة باجراء هذه الواسطة العلاجية القوية الا بعد زوال اعراض الاحتقان المحيط بالبورة السكتية وتمام التئامها فلذا لا تستعمل الا فى الاسبوع السابع أو الثامن من ابتداء حصول النشبة السكتية فان المبادرة باجراء هذه الواسطة مضر للغاية كما ان تأخير استعمالها يترتب عليه ولا بد ضمور فى العضلات الفاقدة لانقباضها وفعلها زمنا طويلا وعلى كل فليحترس من استعمال تيار كهربائى قوى كما يميل لذلك بعض الاطباء غير المتمرنين

(المبحث السادس فى النزيف السحائى المعروف بالسكتة) (السحائية وبالورم الدموى للام الجافية)

(كيفية الظهور والاسباب)

انزفة الاغشية الدماغية بقطع النظر عن الانزفة الجرحية التى من ضمنها الانزفة التى تحصل مدة الوضع نادرة واغلب الانسكابات الدموية التى

تحصل فى المسافات تحت العنكبوتية أو بين الام الجافية والعنكبوتية تنشأ
عن الانزفة الدماغية التى تثقب السحايا وزيادة على ذلك فقد تتعلق الانزفة
السحائية بتمزق بعض الاورام الانورزماوية او بعض الشرايين السحائية
المكابدة لاستحالات مرضية وهناك احوال اخر لا تعرف فيها اسباب
الانزفة السحائية

ثم ان التجمعات الدموية العظيمة المتكيسة التى كثيرا ما تشاهد عند فعل
الصفات التشريحية على السطح السفلى من الام الجافية لا تعتبر مجرد
انسكابات دموية تكاثفت المواد الليفية حولها وكيست جزءها السائل
كما كان يظن سابقا بل هى تبعا لما ذكره المعلم ويرجوف بقايا اثر الالتهاب
المزمن للام الجافية (أى التهاب السحايا السميكة) مصحوبا بارتشاح دموى
وسمى المعلم ورجوف هذه الاكياس الدموية بالورم الدموى للام الجافية
والدم المالئ لهذه الاكياس يأتى من الاوعية الشعرية العديدة المتسعة
الرقيقة الجدران التى تتكون فى خلال الاغشية الكاذبة للام الجافية
فى هذا الشكل من الالتهاب المزمن وينسكب فى المسافات الكائنة بين
طبقات هذه الاغشية الكاذبة واسباب هذا الالتهاب السحائى للام الجافية
المصحوب بانسكاب دموى ليست معروفة جيدا واكثر ما يشاهد هذا المرض
عند المتقدمين فى السن والمصابين بامراض عقلية والسكارى ويظهر أحيانا
ظهورا ذاتيا كمرض قائم بنفسه وأحيانا يكون تابعا لبعض الاصابات الجرحية
فى الجبهة وفى الحالة الاخيرة كثيرا ما يمضى بين الاصابة الجرحية والاعراض
الاول للورم الدموى السحائى زمن طوله بعض سنين (تبعا لحر يسنجر)

(الصفات التشريحية)

متى كان الدم منسكبا فى المسافات تحت العنكبوتية يشاهد على هيئة طبقة
ممتدة على السطح الظاهر من النصفين الكريين العظيمين والمخيخ ولا يمكن
نزع هذا الدم المنسكب وطرده بواسطة سيلان ماء ما دامت العنكبوتية غير
ممزقة وفى العادة يصل جزء من الانسكاب الى الجيوب الدماغية فيوجد
فيها جزء عظيم او قليل من الدم وفى الانسكابات الدموية الكائنة بين الام
الجافية والعنكبوتية يكون الدم المنسكب غزيرا للغاية ويتراكم معظمه

على خيمة المخيخ وفى قاعدة الجمجمة ومن هنا ينفذ فى القناة النخاعية وقد
توجد هذه الانسكابات أيضا على السطح المحدب للنصفين الكريين
ويمكن نزعها عنها بسهولة بواسطة سلسول ماء وفى كلا هذين الشكلين من
النزيف السحائى تكون التلافيف الدماغية مفرطحة وجوهر الدماغ
أنيما ويا أو تكون طبقات جوهر الدماغ المجاورة للانسكاب الدموى متشبعة
بالدم لينة

وأما الورم الدموى للام الجافية فجلسه غالبا بجوار التدريز السهمى ويكون
على هيئة كيس مفرطح بيضاوى الشكل وكثيرا ما يكتسب حجما عظيما بحيث
يصير طوله من اربعة قراريط الى خمسة وعرضه من اثنين الى ثلاثة وسمكه
نصف قيراط وجدر هذا الكيس متلونة بلون صدائى بسبب ارتشاحها بالمادة
الملونة للدم ومتحصله يكون متكونا اما من دم سائل او منعقد او من لطخ دموية
وسخة والنصف الكرى الدماغى المقابل لهذا الكيس يكون اما
مفرطحا او منبعجا ولا يندر ان يكون الورم الدموى للام الجافية مزدوجا
وكثيرا ما يشاهد ابتداء الالتهاب السحائى النزيفى للام الجافية وذلك انه
يشاهد على السطح الباطن للام الجافية فى بعض الصفات التشريحية طبقة
من منسوج خلوى رقيق جديد التكوين متلونة بمادة بجمنتية مصفرة
او مسمرة وملتصقة بسطحها التصاقا متينا

(الاعراض والسير)

الانزفة التى تحصل فى المسافات تحت العنكبوتية أو على السطح السائب
من هذا الغشاء لا تعتبر من الاصابات المرضية ذات البورة للدماغ بل من
الاصابات المنتشرة لهذا العضو ولذا انه تفقد فى هذا الشكل من الانزفة
الاعراض البورية الواصفة للنزيف الدماغى لاسيما الفالج مالم يكن مضاعفا
بنزيف دماغى لكن النشبة السكتية فى هذا المرض تكون ثقيلة للغاية وذلك
لان النزيف السحائى يكون غزيرا غالبا وممتدا على كلا النصفين الكريين
وكثيرا ما تحصل النشبة السكتية فجأة بدون ظواهر مرضية سابقة والمرضى
تهلك بظواهر السكتة الصاعقية التى بيناها فى المبحث السابق وعندما يكون
سير هذا المرض بهذه الصورة لا يمكن تشخيصه الامع التقريب ويرتكن فى

ذلك الى فقد ظواهر الشلل الجانبي الذي يوجد غالبا في أحوال النزيف الدماغي ولو في الاشكال الثقيلة من النشبة السكتية وفي أحوال أخر تسبق النشبة السكتية في هذا الشكل من النزيف السحائي بآلام شديدة في الرأس وتشنجات عامة وحيث ان هذه الظواهر لاسيما الاخيرتين لا تشاهد في احوال النزيف الدماغي الابكيفية استثنائية وتكثر مشاهدتها في احوال الاصابات المرضية الممتدة على محدب النصفين الكريين فلابد وان يحكم منها ومن فقد كل اثر من الشلل الجانبي مع التأكيد على ان النزيف ليس دماغيا بل سحائيا

والورم الدموي للام الجافية يسير في كثير من الاحوال باعراض لا يمكن منها معرفة هذا المرض مع التأكيد ومتى ظهر هذا المرض عند المصابين بامراض عقلية كما هو الغالب فلا يتيسر تشخيصه ولو بكيفية تقريبية وفي احوال أخر يجوز تشخيص الورم الدموي للام الجافية مع تأكد متفاوت من العلامات الآتية التي نبه عليها جريسنجر فمتى وجدت ابتداء آلام في الرأس محدودة في القسم الجداري والجبهة وارتقت هذه الآلام تدريجا الى درجة غير مطاقة وكانت هذه الآلام هي المكابدات الابتدائية التي تشكي المرضى منها وكان هناك زمن بين الظهور الابتدائي لتلك الآلام وطروّ ظواهر دماغية ثقيلة أخر وكان هذا الزمن ليس قصيرا كما في الامراض الحادة للدماغ واغلفته ومن جهة أخرى اكثر قصرا مما في أغلب الاصابات المرضية المزمنة لهذا العضو لاسيما الاورام الدماغية المختلفة جاز القول بوجود التهاب سحائي وحيث ان التهاب السحايا الرخوة له ميل للسعي والامتداد ويسير حينئذ بآلام رأسية ليست محدودة بل منتشرة يظن ان الالتهاب مصيب للام الجافية ويقوى الظن بذلك فان شكل الالتهاب السحائي الذي نحن بصدده يكون مجلسه عادة في المحل الذي تشكي المرضى فيه بالآلام وان كان الشخص المصاب مريضا بمرض عقلي قبل ابتداء الآلام اومن المفرطين من المشروبات الروحية اوثبت انه اعترته اصابة جرحية في الرأس قبل زمن متفاوت خصوصا في قسم الجبهة قوى الظن بان هناك التهابا سحائيا في الام الجافية واكتسب بعض

تأكيد ومن المعلوم ان شكل الالتهاب السحائى الذى نحن بصدده يؤدى
لانسكاب دموى عظيم مضيق بالكلية لمتسع تجويف الجمجمة وان الانسكاب
الدموى يتكيس على احدى جهتى التدريز السهمى او عليهما معا فان انضم
فيما بعد لآلام الرأس علامات تدل على انضغاط الاوعية الشعرية للنصفين
الكريين العظيمين واضطرابات عقلية كتناقص القوة المذكرة وتناقص
فى حدة القوة التصورية وميل للنوم يرتقى فيما بعد للكوما ثم شلل جانبى
يظهر تدريجا ولا يكون تاما واضحا وجب ابتداء الظن بوجود الورم الدموى
للام الجافية دون غيره من الامراض الدماغية المختلفة التى يجوز القول
بها بعد حذف غيرها من امراض هذا العضو وحيث كان من الجائز
أن الورم الدموى للام الجافية يحصل فيه امتصاص الدم المنسكب
وزوال الضغط الواقع على الدماغ فكذلك يحكم من السير الجيد لهذا
المرض ومن شفاء المريض فى الحالة الراهنة على الورم الدموى للام الجافية
وان حصل الانسكاب الدموى بغتة وليس ببطء كما فى السير السابق ذكره
وكان النزيف غزيرا وقاصرا على جهة واحدة سار هذا المرض بكيفية
مشابهة لسير النزيف الغزير لاحد النصفين الكريين العظيمين ولربما ظهر
من المستغرب عند البحث السطحى انه فى احوال الورم الدموى للام الجافية
لاحدى الجهتين ولو الغزير الممتد لا يحصل أحيانا شلل جانبى اولا يشاهد
الا بكيفيه غير تامة لكن ننبه على ان الورم الدموى للام الجافية بجلسه
ولابد فى المحل الذى فيه الضغط المتزايد الواقع على احد النصفين الكريين
العظيمين يمتد بسهولة الى النصف الكرى الآخر بواسطة الاستطراق
المتسع الكائن بين الجيبين الجانبيين لاسيما ان كان حصول النزيف ببطء وقد
اعتبر جريسنجر من جملة اعراض الورم الدموى للام الجافية تضايق الحدقة
الذى يوجد على الدوام فى هذا المرض وذهب الى ان هذه الظاهرة من جملة
اعراض التهيج للسطح العلوى من الدماغ وقد ذكرنا فيما تقدم عند الكلام
على الاصابات المرضية المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة توجيها آخر لتضايق
الحدقة ولو ان هذا التوجيه نظرى ايضا

﴿المعالجة﴾

﴿ المعالجة ﴾

فى معالجة الانزفة السحائية تتبع القواعد العلاجية التى ذكرناها فى معالجة النزيف الدماغى ولذا ينبغى التمسك بما ذكرناه فى المبحث السابق سيما وانه يعسر علينا التمييز القطعى بين الانزفة السحائية والنزيف الدماغى فى كثير من الاحوال فان ظن تشخيص الورم الدموى للام الجافية وجب الايصاء فى الاحوال الحديثة بارسال العلق خلف الاذنين ووضع المكمدات الجليدية على الرأس ويعطى للمرضى مسهل شديد زمنا فزمنا ومن الجيد فى الادوار الاخيرة لهذا المرض استعمال المحولات على القفا بواسطة الحراريق اوالمراهم المنفطة وقد تحصلت فى حالتين شاهدتهما على نجاح عظيم بهذه المعالجة ومع ذلك فمن الجائز الخطأ فى التشخيص فى هذه الاحوال ولو ان الاعراض واصفة بالكلية

(فى التهاب الدماغ واغلفته)

الامراض التى نتعرض لشرحها فى المباحث الآتية هى اولا التهاب الام الجافية وجيوبها ثانيا التهاب الام الحنونة البسيط اى المصحوب بنضح قيحى ليفى ثالثا الالتهاب الدرنى لهذا الغشاء مع الاستسقاء الدماغى الحاد رابعا الالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى خامسا التهاب جوهر الدماغ نفسه وحيث ان التهاب العنكبوتية لايمكن فصله عن التهاب الام الحنونة فلا يمكن التكلم عليه خاصة

(المبحث السابع)

(فى التهاب الام الجافية والتهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية)

قد تكلمنا فى المبحث السابق على شكل من الالتهاب السحائى وسميناه بالالتهاب السحائى الجافى وبالورم الدموى للام الجافية لان الاجود شرح هذا الشكل فى مبحث الانزفة السحائية بسبب النزيف الذى يحصل عنه والاعراض التى تصاحبه ولم يبق علينا فى هذا المبحث غير شرح شكل الالتهاب السحائى للام الجافية المعروف بالتهاب الام الجافية الظاهر من منذ ظهور اشغال المعلم فرجوف على الورم الدموى للام الجافية

(كيفية الظهور والاسباب)

من المشكوك فيه كون الالتهاب الذى نحن بصدده يظهر ظهورا أوليا أى كمرض ذاتى عقب تأثير البرد أوغيره من الاسباب المضرة والغالب ان هذا الالتهاب يكون على العموم مرضا تابعيا فيضاعف شقوق الجمجمة وكسورها وتسوس عظامها ولاسيما تسوس الصخرة والمصفاة والفقرات الاول العنقية وقد يصاحب هذا المرض ايضا أعنى الالتهاب السمحاقى الظاهرى التهاب السمحاق الظاهرى للجمجمة بدون تغير فى سمك العظام المكونة لقبوتها الكائنة بين هذين الغشائين

والتهاب الجيوب الدماغية الذى يعقبه تكون سدد ذاتية أوسدد الجيوب الذى يعقبه فيما بعد التهاب فى جدرها كذلك يحصل بكثرة وأكثر حصوله فى الجيوب الموضوعة على الصخرة أعنى فى الجيوب المستعرضة وفى الجيوب الصخرية وهذا يوجه بسهولة كون التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية انما ينتج بكثرة عن تسوس العظم الصخرى الذى يمتد الى قاعدة الجمجمة ولذا ان المرضى المعتريهم سيلانات أذنية مزمنة عقب التهاب الاذن الباطنة وتسوس العظم الصخرى يكونون على الدوام فى خطر عظيم من اصابتهم بالتهاب فى الجيوب الدماغية أوسدد فيها ولا يندر ان يحصل تلاش تقيحى أوصديدى فى السدد الثابتة وبذلك تصل جزيئات صغيرة منها فى باطن الاوردة فتحصل سدد سيارة والتهابات انتقالية

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تحصل فى الاحوال الخفيفة المزمنة فى الالتهاب السحائى الجافى الظاهر تقتصر على سماكة فى الام الجافية ناشئة عن تكونات خلوية على سطحها الظاهر وينتج من هذه التكونات الخلوية التصاقات متينة بين الام الجافية وقبوة الجمجمة وهذه الطبقات الخلوية الجديدة التكوين تتكابد فيما بعد الاستحالة العظمية واما فى الاحوال الحادة الثقيلة فتكون الام الجافية ملونة بلون أحمر بسبب الاحتقان الوعائى الشعرى والاكيموزيات الصغيرة المتكونة فى اصغار محدودة مقابلة للاجزاء المصابة من عظام الجمجمة بالتسوس ومع ذلك فتكون الام الجافية ثخينة

من تشحمة فاقدة للمعان لونها ومفروجها مسترخيا لينا وأخيرا يتكون فيها القيح وان كان تجمع القيح بين الام الجافيه وعظام الجمجمة انفصل الجزء الملتهب من العظام الموضوعة اسفل منه وفى هذه الحالة الاخيرة تكاد الام الحنونة تكون ملتهبة على الدوام فى امتداد عظيم ويكاد يتعسر فى الجثة الحكم بان كان التهاب جدر الجيوب سابقا على السدد الذاتية أو العكس وان كانت السدد غير متلاشية وجدت ملتصقة بالسطح الباطن المسترخى الخشن لجدر الجيب الثخين وممتدة من هنا تبعا لمشاهدات المعلم ليبرت احيانا الى الخلف أو الى الاسفل نحو الاوردة الودجية الباطنة والغالب ان توجد السدة الذاتية متلاشية فى الجثة ويكون الجيب الملتهب اذ ذاك ممتلئا بسائل قيحى أو صديد مختلط بندف سنجابية مخضرة منتنة ومع هذه التغيرات توجد عادة التغيرات الخاصة بالالتهاب الاذنى الباطن وتسوس الصخرة الممتد كهتك غشاء الطبلة وفقد العظيمات السمعية وتكونات بوليبوسية فى الغشاء المخاطى وامتلاء تجويف الطبلة بالقيح وارتشاحات قيحية فى الدهليز والقوقعة واخلية النتو الحلمى

(الاعراض والسير)

الالتهاب العصائى المزمن للام الجافية الذى تعقبه سماكة فى هذا الغشاء والتصاق متين بينه وبين قبوة الجمجمة وتعظم فى الطبقات الخلوية الجديدة التكوين يمكن أن يصطحب بالم فى الرأس وغيره من الاعراض لكن هذه الاعراض ليست واصفة فلا يمكن الحكم بها على معرفة هذا المرض وكذا اعراض التهاب الام الجافية الظاهر الحاد وسيره يكاد كل منهما يكون على الدوام متنوعا جدا بسبب المرض الاصلى وبمضاعفة هذا المرض فيما بعد بالتهاب الام الحنونة الممتد وبالانتشار الصديدى والالتهابات الانتقالية بحيث يتعذر وصف هذا المرض بانفراده وصفا واضحا فاذا اصطحبت احدى اصابات الجمجمة خصوصا السيلان الصديدى الاذنى المتعلق بتسوس فى الصخرة بالم شديد جدا ممتد بجوار العظام المصابة وظواهر حمية وقىء ودوار وطنين فى الاذنين وانقباضات عضلية وهذيان وغيرها من ظواهر تهيج الدماغ واعقبت هذه الظواهر بظواهر خمود وشلل فيما بعد

جاز الظن بان الاصابة العظمية احدثت ابتداء التهابا فى الام الجافية ثم التهابا منتشرا فى الام الحنونة وكثيرا ما يكون الدور الاول لهذا المرض قصيرا وغير واضح جدا فتوجد المرضى فى حالة خدر فى أول زيارة طبية أو عند دخولهم فى المارستان لكن فى مثل هذه الاحوال يمكن تشخيص المرض مع تأكيد تقريبى متى وجدت اصابة جرحية عظمية فى الجمجمة سيما ان وجد عند المريض سيلان أذنى مزمن ولم يوجد سبب آخر به يمكن توجيه الآفة الدماغية

والظواهر المرضية التى تنتج عن التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية تكون على الدوام مرتبطة باعراض الالتهاب السحائى السابق ذكرها وزيادة على ذلك فانه ينضم لها غالبا اعراض الالتهاب الدماغى ولذا فمن الجيد الاختصار فى البيان وان نذكر فقط الاحوال التى فيها يظن عند وجود تسوس فى الصخرة المنضم له التهاب سحائى أو دماغى وجود التهاب فى الجيوب الدماغية أو سدد ذاتية فيها وننبه على انه من الجيد لكثرة المضاعفة التى نحن بصددها الالتفات الكلى لامكان حصول هذه المضاعفة ولو فقدت العلامات الدالة عليها وان وجد العرض الذى قال به المعلم جرهارد فى أحوال السدد الذاتية للجيب المستعرض اعنى قلة امتلاء الوريد الودجى الذى يقبل دمه من الجيب المستعرض اكتسب الظن بوجود هذه المضاعفة تأكيدا عظيما وعين ذلك يقال بالنسبة للعرض الذى قال به المعلم جريسنجر فى الحالة الوحيدة التى شاهدها اعنى ظهور الاوذيما المحدودة المؤلمة خلف الاذن ولو ان هذه الاوذيما فى احوال تسوس النتوء الحلمى الذى اعتبره جريسنجر نوع ورم ابيض مؤلم صغير يمكن حصوله بكيفية أخرى وليس بامتداد السدد الذاتية بواسطة الاوردة الموصلة اى السنتورية التى تتجه الى الخارج فى الحفرة السينية وفى غالب الاحوال يمكن الحكم من ظهور القشعريرة ومن علامات البورات الانتقالية فى الرئتين مع التأكيد ان تسوس العظم الصخرى لم يؤد فقط للالتهاب السحائى والدماغى بل أيضا لتكونات سددية ذاتية فى الجيوب الدماغية

(المعالجة)

﴿ المعالجة ﴾

متى ظهرت العلامات الابتدائية المعلنة بالتهاب الام الجافية اوالتى بها يتوهم وجود هذا المرض وجبت المبادرة باستعمال المعالجة القوية المضادة للالتهاب خصوصا الاستفراغات الدموية الموضعية المتكررة وفى آن واحد تستعمل الحقن الفاترة الملينة فى الاذن مع تغطيتها بالضمادات الفاترة ان كان هذا المرض مسبوقا بسيلان اذنى ومن الجيد أيضا استعمال المسهلات الشديدة والمصرفات القوية على القفا بواسطة الحراريق العريضة وباقى معالجة التهاب الام الجافية يضاهى معالجة التهاب الام الحنونة

(المبحث الثامن فى التهاب الام الحنونة المصحوب بنضح قيحى ليفى)
(المعروف بالالتهاب السحائى البسيط وبالالتهاب السحائى لقبوة الجمجمة)
(كيفية الظهور والاسباب)

فى الالتهاب السحائى الحاد ينسكب فى المسافات تحت العنكبوتية نضح ليفى محتوعلى اخلية قيحية كثيرة واما فى الالتهاب السحائى المزمن ففيه تكابد الام الحنونة والعنكبوتية سماكة وتكاثفا بتكون منسوج خلوى جديد

ثم ان الالتهاب السحائى الحاد المصحوب بنضح قيحى ليفى يكون فى كثير من الاحوال مرضا تابعيا فيصاحب جروح الجمجمة أوالام الجافية أوالتهابات الدماغ اوغيرها من امراض هذا العضو وبندر أن يحصل هذا المرض حصولا ذاتيا عند الاشخاص سالمين من قبل بقطع النظر عن الشكل الوبائى من هذا المرض الذى سنذكره فى المبحث التاسع ويكثر حصول هذا المرض عند الاشخاص المنهوكين والمصابين بامراض مزمنة ضعفية فيشاهد هذا الالتهاب مثلا فى اثناء نقاهة الالتهاب الرئوى والبلوراوى أو بعض الامراض الطفحية الحمية الحادة أوغيرها من الامراض التسممية العامة أوعقب الاسهالات المزمنة أوفى مدة سيرداء بركت ونحوذلك ولايجوزاعتبار هذا الالتهاب فى مثل هذه الاحوال انتقاليا بل ولا تابعيا ولولم يمكن اثبات تأثير سبب مضرا ثر على الجسم

ويعد من الاسباب المضرة الظاهرية التى تعتبر سببا مهما لهذا الالتهاب السحائى تأثير الاشعة الشمسية القوية على الرأس وتأثير البرد الشديد

عليه والافراط من المشروبات الروحية ومع ذلك فلم يثبت مع التأكيد الا تأثير السبب الاخير واحداثه للالتهاب السحائى وهناك شكل من هذا الالتهاب يكون عرضا من اعراض الداء الزهرى البنيى كما نبه على ذلك المعلم جريسنجر ونحن أيضا شاهدنا حالة من هذا القبيل

(الصفات التشريحية)

الالتهاب السحائى المصحوب بنضح قيحى ليفى مجلسه على الخصوص الجهة المحدبة من النصفين الكريين العظيمين ففى الشكل الحاد لهذا المرض توجد الاوعية الدقيقة للام الحنونة محتقنة احتقانا كثير الوضوح أو قليله والمسافات تحت العنكبوتية خصوصا بين التلافيف الدماغية وفى محيط الاوعية الغليظة يكون منسكبا فيها نضح مصفر متكاثف محتو على كرات قيحية ومواد ليفية ذات حبيبات رقيقة وفى الدرجات الخفيفة لهذا المرض يوجد النضح فى المسافات المحيطة بالاوعية الدموية واحيانا تكون العنكبوتية ايضا مغطاة بنضح ليفى اوقيحى والجوهر القشرى للدماغ يكون تارة على حالته الطبيعية وتارة يكون مجلسا للين التهابى والجيوب الدماغية التى تكون ممتلئة بسائل فى احوال الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى تكون خالية عنه غالبا فى الالتهاب السحائى القمى القيحى وفى الالتهاب السحائى المزمن توجد العنكبوتية ملتصقة بالام الحنونة والام الجافية اما بالجمة أو بالتصاقات ممتدة والام الحنونة تكون ثخينة متكاثفة والمسافات تحت العنكبوتية ممتلئة بسائل عكر وقد توجد الام الحنونة احيانا مستحيلة الى غشاء سميك لا يمكن فصله عن المخ بدون تمزق هذا الغشاء

(الاعراض والسير)

الالتهاب السحائى الحاد يصطحب فى اثناء سيره بظواهر حمية شديدة وعلى الخصوص بسرعة عظيمة فى النبض وقد يبتدئ كغيره من الالتهابات الحادة الممتدة للاعضاء الاخر بقشعريرة عظيمة وهذه الظواهر الحمية العامة لا تكاد توجد بهذه الشدة فى غير هذا المرض من امراض الدماغ ولذا كانت مهمة فى تشخيصه وعند استمرار هذا المرض زمنا ما طويلا ان حصل تناقص عظيم فى سرعة النبض بحيث يتنازل من المائة والعشرين أو من

المائة والاربعين فى الدقيقة الواحدة الى ستين أو ثمانين مع استمرار باقى الظواهر الحمية الاخر واضطراب وظائف الدماغ كان هذا دليلا آخر على وجود الالتهاب السحائى وباقى اعراض هذا المرض هى ألم الرأس واضطرابات الدماغ التى ذكرناها مرارا اما على شكل ظواهر التهيج أو الجمود أو الشلل العام والم الرأس فى الالتهاب السحائى الحاد يرتقى الى درجة عظيمة جدا بحيث ان المرضى لا تشتكى به فقط عندما تكون حافظة لادراكها بل انها توجه يديها جهة رأسها ولو مع فقد ادراكها مع الانين وهذا يدل على انها لم تزل تحس بالآلام ويكاد يوجد فى جميع الاحوال من ابتداء هذا المرض اضطرابات عقلية بسبب قرب الالتهاب من الجوهر القشرى للدماغ فالمرضى تكون فى حالة قلق واضطراب ويفقدون النوم ويحصل عندهم هذيان بسرعة وكذا يحصل اضطراب عظيم فى الحساسية بحيث ان المرضى لا تتحمل الضوء الشديد ولا اللغط القوى بل انها تنزعج احيانا من اقل ملامسة وينضم لذلك طنين فى الاذنين وشرر أمام الاعين وضجر عظيم واصطكاك فى الاسنان وتضايق فى الحدقة وانقباضات عضلية وقىء وقد ذكرنا جميع هذه الظواهر فى احوال الاحتقان الدماغى البسيط وفى شبه الاستسقاء الدماغى للاطفال المعروف بالايدروسفالوئيد وفى الحقيقة ليس للالتهاب السحائى علامات واصفة له قاصرة عليه لا توجد فى غيره من امراض الدماغ وانما معرفة الامور السببية وارتفاع درجة الحمى وعلى الخصوص سرعة النبض والالم الشديد جدا للرأس يحكم بها مع التقريب فى هذا الدور على نفى وجود احتقان دماغى بسيط اوانيميا دماغية غير ان الغالب ان يحكم على وجود هذا المرض وعلى حقيقة تشخيصه فى الدور الثانى له وذلك بمشاهدة الاعراض الخطرة وعدم نجاح الوسائط العلاجية وبالانتهاء المحزن الكثير الحصول لهذا المرض فان فقد فى الدور الاول العلامات المشخصة وجب على الطبيب التأنى فى الحكم على العاقبة فانه فى الغالب لا يتضح الامر إلا بعد عدم نجاح المسهلات والاستفراغات الدموية الموضعية ويتحقق من التمييز بين الاحتقان الدماغى والالتهاب السحائى ثم ان الدور الثانى لهذا المرض يكون فى الغالب مبينا بنوب تشنجات

يسبقها عادة تيبس فى عضلات القفا وانقباض مستمر فيها فان هذه العلامة يتبين منها غالبا انتقال هذا المرض من دوره الاول الى دوره الثانى وفى هذا الدور الاخير تقع المرضى فى حالة خدر عميق وثبات فلاتدرك المؤثرات الظاهرة ولاتحس بها فلايكون لها قدرة على تحرك الاطراف ومع ذلك فبعض العضلات سيما عضلات القفا لم تزل منقبضة انقباضا مستمرا تيتانوسيا والحدقة التى كانت فى الابتداء منقبضة تمدّد فى هذا الزمن لكن ليس على الدوام وكذا يحصل فى النبض بطء عادة لكن ليس على الدوام أيضا ويتقدم الثبات والشلل العام وبازديادهما تهلك المرضى بعد بعض الايام و يندر أن يمتد ذلك الى انتهاء الاسبوع الثانى أو الثالث وهذان الدوران اللذان كثيرا ما يشاهد فيهما تحسين ظاهرى لايمكن تطبيقهما على دورين مطابقين لهما فى التغيرات التشريحية المرضية حتى يقال مثلا ان الدور الاول يطابق احتقان السحايا والدور الثانى يطابق دور النضح الذى ينسكب فى المسافات تحت العنكبوتية وكذا ننبه على انه فى كثير من الاحوال سيما التى فيها ينضم الالتهاب السحائى لتسوس الصخرة أوغيره من امراض الدماغ يكون الدور الاول قليل الوضوح اومفقودا بالكلية وفى مثل هذه الاحوال تبتدئ الظواهر المرضية بنوبة تشنجات تتردد جملة مرار يعقبها ثبات عميق وشلل عام مصحوب بانقباضات مستمرة فى بعض العضلات والانتهاء الكثير الحصول فى الالتهاب السحائى هو الموت وذكر المشاهدات المرضية المعلنة بشفاء سريع فى مثل هذه الاحوال توقظ الظن بانه حصل خطأ فى التشخيص سيما وانه توجد مشابهة بين اعراض الالتهاب السحائى والاحتقان الدماغى البسيط وعلى الخصوص عند الاطفال

واما اعراض الالتهاب السحائى المزمن فليست معروفة جيدا سيما فى ابتداء هذا المرض ولو ان اثر التغيرات التشريحية لهذا المرض كثيرا ما توجد فى جثة الاشخاص السكارى او المصابين بامراض عقلية والذى يظهر أنها تبتدئ بألم فى الرأس واضطراب فى وظائف الدماغ على شكل ظواهر التهيج غيرانه فى الحالة الراهنة كما فى السكارى مثلا يكاد يبقى الشك دائما بين

الاعراض المذكورة هل تتعلق باصابة التهابية فى السحايا او بالتسمم بالكؤل واما فى الدرجات المتقدمة لهذا المرض فعرفتها سهلة فان وجد عند مريض تعرض للاسباب المتقدم ذكرها وامكن نفى غير هذا المرض من امراض الدماغ سيما الضمور البسيط لهذا العضو وحصل عنده تناقص فى قوته المذكرة وصارت قوته المفكرة غير حادة وتغيرت خصاله وانضم لذلك ارتعاش فى الاطراف واهتزاز عند المشى وغير ذلك من علامات الشلل التدريجى جاز الحكم بتشخيص الالتهاب السحائى المزمن

﴿المعالجة﴾

فى الالتهاب السحائى الحاد المصحوب بنضح قيحى ليفى يمكن الحصول فى بعض الاحوال على نتائج عظيمة جدا بواسطة المعالجة القوية المضادة للالتهاب وفى الغالب لا يحتاج للاستفراغات الدموية العامة بل المستعمل بكثرة الاستفراغات الدموية الموضعية كارسال العلق مرة أو مرارا خلف الاذنين وعلى الجبهة وتكراره ان سمحت قوى المريض بذلك وبالنسبة للاطفال لا يوضع منه الا القليل بخلاف البالغين فيرسل منه بقدر خمس عشرة الى عشرين على النتوين الحلميين ويستعاض ذلك بالمحاجم التشريطية عند الفقرا وزيادة عما ذكر يغطى الرأس بعد ازالة شعره بمجمدات جليدية أو بمثانة مملوءة بالجليد ويعطى للمريض مسهل شديد مركب من الزئبق الحلو والجلبة او الاملاح اوزيت الخروع او الحقن المسهلة القوية وفى الدور الاخير لهذا المرض ان حصل للمريض ثبات وكوما وغيرهما من علامات شلل الدماغ ولو مع استعمال الوسائط السابق ذكرها ينبغى وضع حراقة عريضة على جميع القفا أو استعمال المراهم المنفطة على فروة الرأس وأجود من هذه المصرفات واقوى فى التأثير الحمامات التشلشلية وصب الماء البارد على الرأس من ارتفاع مناسب بواسطة نحو سطل وتكاد المرضى تفيق مدة صب الماء البارد على الدوام وينبغى تكرار استعمال هذه الواسطة زمنا فزمنا اعنى بعد بعض ساعات ان اريد الحصول على نجاح مستمر ويمكن ازدياد مقدار ما يصب من الماء على الرأس كل مرة بحسب الاقتضاء ومن المستعمل بكثرة فى هذا المرض ايضا الدلك بالمرهم السنجابى الزئبقى على القفا

واستعمال الزئبق الحلو بمقادير صغيرة استعمالا مستمرا فان لم تجد هذه المعالجة
نفعا وجب تلطيف ظواهر تهيج الدماغ بواسطة المركبات الافيونية
او المرفين او الحمامات الفاترة ومساعدة امتصاص النضح بواسطة استعمال
الديجتالا او يودور البوتاسيوم
وفى الشكل المزمن من هذا الالتهاب اوصى كروكن برج بالشاشل البارد
وذكر انه اقوى الوسائط فى هذا الداء فقد شاهد فى حالة شفاء احد المصابين
بالالتهاب السحائى المزمن عقب استعمال هذه الواسطة وصب الماء البارد
على الرأس صباحا مكررا بسطل نحو الخمسين مرة ويستعمل بكثرة فى الشكل
المزمن من الالتهاب السحائى يودور البوتاسيوم او يودور الحديد عند تقدم
الضعف بكمية عظيمة خصوصا فى الشكل الناتج عن سوء القنية الزهرى بل
وفى غيره من الاشكال المزمنة لهذا المرض هذا مع مساعدة الحمامات الفاترة
وصب الماء البارد على الرأس

(المبحث التاسع فى الالتهاب السحائى القاعدى المعروف بالالتهاب)
(الدرنى للام الحنونة وبالدرن الدخنى البسيط لها وبالاستسقاء الدماغى الحاد)
(كيفية الظهور والاسباب)

فى الالتهاب السحائى القاعدى ينسكب فى المسافات تحت العنكبوتية
الكائنة فى قاعدة الدماغ نضح قليل الكرات القيحية سهل الانعقاد وحينئذ
يتولد فى السحايا القاعدية تحببات درنية على الدوام وبذلك يتكون شكل
مرضى يسمى بالالتهاب السحائى القاعدى الدرنى وينبغى تمييز هذا عن
الدرن الدخنى البسيط للسحايا لان تكون الدرن فى هذا الاخير لا يصطحب
بتغيرات التهابية ولا بنضح التهابى ولان كلا من اعراض هذين المرضين
وسيرهما يتميز عن الآخر من بعض الوجوه ومدة الحياة وكل من الالتهاب
السحائى القاعدى والدخنى البسيط للسحايا يكاد يودى على الدوام الى
انسكاب سائل فى الجيوب الدماغية ولين فى جدرها والاجزاء المحيطة بها
وهذا اللين يكون ناشئا عن نوع تعطن او فساد فى جوهر الدماغ بواسطة
ارتشاح بسيط او نضح التهابى
ثم ان كلا من الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى والدرن الدخنى البسيط

للسحايا لا يكاد يحصل حصولا اوليا اى ذاتيا عند اشخاص سليمين من قبل وهذا الامر ينبغى الالتفات اليه بالكلية حيث انه مهم للغاية بالنسبة للتشخيص التمييزى بين الاشكال المختلفة للالتهاب السحائى فالغالب ان يكون المرض الذى نحن بصدده ظاهرة موضعية من جملة ظواهر الدرن الدخنى الحاد او المزمن المنتشر فى البنية او بالاقل فى كثير من الاعضاء وكثيرا ما يهلك عدد عظيم من الاطفال بهذا الشكل وان عاشوا يصيرون مستعدين للاصابة بالسل الرئوى والاطفال المعرضة للاصابة بهذا الداء ليست فقط ذوات البنية الخنازيرية الواضحة بل أيضا الاطفال الضعيفة المتولدة بين ابوين مصابين بالسل أو ضعيفين وتكون ذات بنية رديئة التغذية ضامرة النمو غير انه يكون فيهم فطنة واستعداد عقلى عظيم وجلودهم رقيقة واوردتهم لامعة واهدابهم طويلة وصلبة اعينهم مزرقة وكل من الاستحالة الجبنية للغدد الشعبية والمساريقية والبورات الجبنية للرئتين وغيرها من الاضطرابات الغذائية المزمنة التى توجد بكثرة فى جثة الاطفال الهالكين بالاستسقاء السحائى الحاد مع تكونات درنية جديدة فى اعضاء متعددة كثيرا ما انبهم أمرها مدة الحياة فلم تعرف وهذا هو السبب فى الوقوع فى الخطأ والظن بان الاصابة السحائية الدرنية الدماغية اولية و ينعكس ذلك فيما اذا أصاب الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى اشخاصا متقدمين فى السن بمعنى انه يوجد فى الغالب قبل ظهور اعراض الالتهاب السحائى الدرنى بزمن قليل ظواهر تدل على الدرن الدخنى الحاد او بزمن طويل علامات السل الرئوى المزمن وهو الغالب وفى احوال اخرى وان انضم الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى او الدرن الدخنى البسيط للسحايا لغيره من الآفات الدرنية القديمة كالدرن الرئوى المزمن أو الدرن الدماغى المزمن او الاستحالة الجبنية للعقد الشعبية او المساريقية فلا تكون مصحوبة بتولدات درنية دخنية جديدة فى غير السحايا القاعدية من الاعضاء بحيث تكون المضاعفة الحادة الوحيدة لهذه الاصابات الدرنية المزمنة وبالجملة فقد يظهر الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى او الدرن الدخنى البسيط للسحايا بدون اصابة درنية اولية فى الاعضاء الاخرأى

عند اشخاص سليمين من قبل او فى اثناء النقاهة من الامراض الثقيلة كالتيفوس والحصبة وغير ذلك
ثم ان الاصابة الدرنية للسحايا نادرة فى السنة الاولى من الحياة واكثر حصولا فى السنين التالية لهذا السن ولا تشاهد عند المتقدمين فى السن الا مشاهدة استثنائية بقطع النظر عن الاحوال التى فيها تضاعف السل الرئوى ويعد من الاسباب المتممة للاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال التنبهات والاشتغالات العقلية المفرطة لكن هذا ظاهر البطلان فان الاطفال الفاقدة الاستعداد لا تصاب بهذا المرض مهما تنبهت الوظائف العقلية عندهم فحينئذ الاستعداد للاصابة بهذا المرض ليس ناتجا عن مجرد التنبهات العقلية بل عن وجود الاستعداد الاصلى ونمو الوظائف العقلية نموا قبل اوانه وكذا يقال فى السقطات والضربات على الرأس فانهما لا يؤديان كما قيل للاصابة الدرنية السحائية ولا للاستسقاء الدماغى فانه وان تحقق للطبيب ان الطفل المصاب بالدرن السحائى وقع على رأسه مرة أو جملة مرار قبل الاصابة لا يجوز له اعتبار هذا الامر سببا للاصابة بهذا المرض

(الصفات التشريحية)

يوجد فى الالتهاب السحائى الدرنى نضح مصفر قليل اللمعان هلامى غزير غالبا شاغل للمسافات الكائنة بين الام الحنونة والعنكبوتية خصوصا فى محيط تصالب الاعصاب البصرية وفى امتداد السحايا جهة الحدبة الدماغية والنخاع المستطيل والفرج الدماغية العظيمة سيما فرجة سلفيوس ويمتد ذلك جهة السطح المحدب للدماغ ومع ذلك تكاد توجد الام الحنونة على الدوام موشحة بتحببات درنية مبيضة اللون فى حجم حبة الشهدانج او اعظم وأكثر وجود هذه التحببات فى محيط الاوعية الدموية
وفى الدرن الدخنى البسيط للسحايا تكون التغيرات التشريحية اقل وضوحا فلا يوجد الا بالبحث الدقيق تحببات صغيرة عديدة فى الام الحنونة ذات لون مبيض شاغلة للاصفرار السابق ذكرها ولا تتضح طبيعة هذه التحببات الا مع اعتبار الاستسقاء الدماغى الحاد المصاحب لها والتحببات الدرنية فى غير السحايا من الاعضاء الاخر

والجيوب الدماغية سيما الجيوب الجانبية وكذا الجيب الثالث تكون ممتلئة بسائل مصلى ومنحدرة فى كلا هذين الشكلين من الدرن السحائى وهذا السائل يكون صافيا والغالب أن يكون متعكرا بندف فيه وجدر الجيوب الدماغية فى مثل هذه الاحوال تكون لينة جدا بحيث تتمزق بأقل ملامسة وهذا اللين الاستسقائى قد يمتد الى اصفار بعيدة من الجوهر الدماغى وكلما كان النضح غزيرا كان جوهر الدماغ اكثر بهاتة وخلوا عن الدم وازداد بياض الاصفار اللينة من الدماغ

(الاعراض والسير)

الاعراض الرئيسة للدرن السحائى والاستسقاء الدماغى الحاد هى عبارة عن الاضطرابات الدماغية التى ذكرت مرارا الا انها ذات خصوصيات ناتجة غالبا عن مجلس الاصابة كظهور التشنجات الكثير جدا ولننبه على ان تهيج الاجزاء القاعدية من الدماغ عند الحيوانات ينتج عنه تشنجات وزيادة عن ذلك يشاهد فى الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى اكثر من جميع الامراض المتقدم ذكرها شلل فى العصب البصرى والمحرك للمقلة وفقد الابصار والحول وتمدد فى الحدقتين كما انه يتعلق بمجلس المرض ايضا وتأثيره فى النخاع المستطيل ومحل خروج العصب الرئوى المعدى كثرة الاضطرابات فى حركات التنفس وعدم انتظامها وبطء النبض بطأ عظيما فى الابتداء ثم تعتريه سرعة عظيمة نحو الانتهاء وتوجيه هذه الاعراض والحكم بها على دور المرض عسر للغاية ثم ان الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى وان لم يظهر عند اشخاص سليمين من قبل لا تعد فيه من جملة الظواهر السابقة لهذا المرض اعراض الامراض التى يصاحبها او يعقبها الدرن السحائى بل فى غالب الاحوال خصوصا عند الاطفال يسبق الاعراض الواضحة لهذا المرض ظواهر بطيئة لا يمكن الحكم عليها بالتأكيد على الدوام وهذه الظواهر تعتبر حقيقة ظواهر سابقة لهذا المرض فالاطفال يحصل عندهم تغير فى اخلاقهم ولا يكون لهم حظ فى اللعب بل يميلون للجلوس والسكون ويسندون رؤسهم غالبا ويوجد عندهم نعاس واحلام مزعجة ويشتكون بالم فى الرأس خصوصا فى احوال الالتهاب السحائى الدرنى ولا فى احوال الدرن

الدخنى البسيط للضحايا وعند استمرار الظواهر المذكورة التى يمكن ان تستمر بجملة اسابيع يحصل نحافة للاطفال بسبب اضطراب الهضم عندهم والحركة الحية الخفيفة ايضا ومع ذلك فقد تمضى هذه الظواهر بدون ان يلاحظها أهل الطفل ويخبرون عند ظهور الاعراض الشديدة بان الطفل اصيب دفعة واحدة ومن الواجب معرفة هذا الامر حيث انه من المهم معرفة ابتداء مرض جديد أو ابتداء الاعراض الخطرة لمرض فى الدور الاخير منه

ومتى انضم للظواهر المذكورة قىء فلا يمكن نسبته للتباعد عن التدبير الغذائى وكان تكرر القىء المذكور ليس بعد الاكل بل عند استيقاظ الاطفال من النوم وكان معتريهم مع ذلك امساك وكان البطن منخسفا وجب على الطبيب اعتبار الظواهر المذكورة مع غاية الدقة ولو انها لم تحدث عند أهل الطفل رعبا وفزعا عظيمين فانه بعد حصول الظواهر المذكورة تبتدى الاطفال بالتشكى بالم شديد فى الرأس وفزع من الضوء وانزعاج من اللغط واصطكاك الاسنان مدة النوم وصريخ مزعج زمنا فزمنا (يسمى بصريخ الاستسقاء الدماغى) ويشاهد عندهم انقباضات فى بعض الاطراف زمنا فزمنا أو حركة انزعاج فجائية فى جميع الجسم عند القيام من النوم مع احلام مفزعة يستمر تأثيرها المفزع عندهم مدة اليقظة وتكون الاطفال فى حالة قلق عظيم وكثيرا ما تكرر الكلمة الواحدة مرة أو جملة مرار وتكون الحدقتان فى هذا الزمن غالبا منقبضتين والنبض سريعا ومتى اعقبت الاعراض المذكورة الظواهر المرضية السابقة وشوهد ان الاطفال تضغط بمؤخر رأسها على وسادة النوم مع انقباض فى عضلات القفا وانتفاخ فى العقد اللينفاوية العنقية كان التحقق من هذا المرض الخطر قريبا

وعما قليل من الايام تتغير حالة المرض بسرعة بمعنى ان نوبة التشنجات العامة التى ذكرناها فيما تقدم تنتقل الى الدور الثانى الذى تتسلطن فيه ظواهر الشلل فيقل القىء او يزول بالكلية ولا تتشكى الاطفال حينئذ بالم فى الرأس وانما توجه يديها نحوها ولا تنزعج من اللغط الشديد ولا تتأثر من الضوء فلا تميل برأسها عند تقريب ضوء شمعة مثلا امام الاعين غير أن كلا من الصريخ واصطكاك الاسنان يستمر وكثيرا ما توجد عضلات احد الاطراف

أواحدى جهتى الجسم فى حالة انقباض خفيف وعضلات الجهة الاخرى فى حالة استرخاء بحيث تسقط عند رفعها وفى هذا الزمن تتمدد ابتداء احدى الحدقتين ثم الاخرى ولا يمكن الاطفال توجيه ابصارهم الى نقطة مخصوصة بل يحصل عندهم الحول والنبض الذى كان ابتداء سريعا يصير بطيئا بطأ عظيما بحيث لا يضرب فى الدقيقة الا ستين ضربة او اقل وكذا حركات التنفس يحصل فيها تغيرات عظيمة بان تصير سطحية بطيئة خفيفة مدة بعض زمن بحيث يظهر كأن الطفل نسى حركات التنفس ثم تحصل حركات تنفس عميقة جدا فكأنها تعوض ما فاتها من حركات التنفس الضعيفة السطحية السابقة ويصير السبات اكثر وضوحا وفى اثنائه تكون الاجفان غير منطبقة بالكلية والاعين غير متحركة او يكون الجفن العلوى ساقطا الى اسفل والمقلة متجهة الى اعلى بحيث يتغطى نصف الحدقة من الجفن العلوى ومع هذا فيتغير لون الوجه زمنا فزمنا بحيث ان الطبيب غير المتمرن عند روية الوجنتين المتقدتين والاجفان المنتفخة والاعين ذات الحدقات المتمددة اللامعة السوداء يظن ان الطفل غير مصاب بمرض خطر وفى اثناء هذا الدور تكون نوب التشنجات مع فترات كثيرة الطول او قليلته اما قاصرة على احدى جهتى الجسم او ممتدة نحو الجهتين معا واذا كان التشنج قاصرا على احدى جهتى الجسم لا ينبغى الظن بان جهتى الدماغ المقابلة للجهة المصابة بالتشنج هى المريضة وانقباض عضلات القفا انقباضا تيتنوسيا مع انحناء العنق الى الخلف يستمر فى هذا الدور عادة

ثم ان هذا الدور يستمر احيانا مدة اسبوع بل اكثر وفى اثنائه وان فقد عشم الطبيب من حياة الطفل واهله ايضا يحصل احيانا بعض تحسين ظاهرى يغش اهل الطفل ثانيا فيتعشمون فى حياته وقتيا لحين حصول الانتهاء المحزن وعلى الطبيب ان يسلم ان الانتهاء المحزن المذكور لا يحصل الا عقب تغيرات واضحة فى الاعراض حتى يخبر اهل الطفل بذلك لان النبض يسرع سرعة عظيمة قبل حصول الموت باثنى عشرة ساعة تقريبا ويتغطى الجلد بالعرق ويصير البطن المنقبض طبليا منتفخا ويحصل التبول والتبرز بكيفية غير ارادية ويسمع فى الصدر خراخر تحت فقاعية او مخاطية ممتدة

ثم ان اغلب احوال سير الالتهابات السحائية القاعدية الدرنية والدرن الدخنى البسيط للسحايا يكون تدريجيا وبكيفية واحدة مشابهة لما ذكرناه انما قد يحصل بعض اختلافات من تسلطن بعض الاعراض واختلاف مدة ادوار المرض بتمامه

فنذكر ان هذا المرض فى بعض الاحوال يكون ذا سير سريع جدا ومصحوبا بظواهر مشابهة لاعراض الالتهاب السحائى الحاد بحيث يتعذر التمييز بينهما بالكلية كما اننا نذكر انه من جهة اخرى قد يشاهد عند الاشخاص الهالكين بالسل الرئوى عند فعل الصفات التشريحية درن فى السحايا او درجة خفيفة من الاستسقاء الدماغى لم يتضح امدة الحياة بظواهر مرضية ويثبت من مثل هذه الاحوال ان دور الظواهر المرضية السابقة للمرض الذى نحن بصدده يتعلق بابتداء اصابة الدماغ نفسها ولا بمضاعفات هذه الاصابة ولا بالاصابة الدرنية العامة وننبه ايضا على ان كلا من الالتهاب السحائى القاعدى الدرنى والدرن الدخنى البسيط للسحايا متى ظهر مدة سير السل الرئوى المتقدم عند الاشخاص المتقدمين فى السن لا يبتدئ بظواهر مرضية سابقة واضحة بل لا تعرف الا عقب حصول انقباض عضلات القفا والسبات وبطء النبض وتمدد الحدقتين وغيرها من الاعراض الدالة على تقدم مرض السحايا واكثر انتهاء هذا المرض يكون بالموت وهناك احوال تنتهى بالشفاء نادرة جدا بل ربما كانت غير ممكنة الحصول وكل من السير المختلف لهذا المرض والانحطاطات السريعة له لا يؤدى للحكم على سلامة عاقبته بل الذى يؤدى لذلك هو التحسين المستمر لجميع الظواهر المرضية

﴿المعالجة﴾

معالجة الالتهاب السحائى الدرنى والاستسقاء الدماغى الحاد لم تكن فيها صعوبة على الاطباء قبل عصرنا هذا بزمن قليل فان التهاب عضو مهم مثل السحايا الدماغية كان يستعمل فيه المعالجة المضادة للالتهابات القوية جدا بحيث انه كان يوصى فى ابتداء هذا المرض بالاستفراغات الدموية وباعطاء الزئبق الحلو مزوجا بزهر الخارصين وبالدلك بالمرهم الزئبقى على القفا وكانت الاطباء ينتظرون مع استعمال هذه المعالجة ظهور البراز المخضر الذى هو

نتيجة الزئبق الحلو وابتداء حصول التلعب فان كلا من هاتين الظاهرتين كان يعتبر علامة دالة على تأثير هذه الطريقة العلاجية وفى الدور المتأخر كان يجتهد فى احداث امتصاص النضح الالتهابى ولذا كان يستمر على الدلك بالمرهم الزئبقى وتستعمل المدرات البولية والمصرفات القوية كالمقص والحراريق على جلد الرأس المحلوق اودلكه بالمرهم المنفط وان تقدم الشلل مع ذلك كان يستعمل منقوع الارنيكا أوالكافور ثم لما اتضح فى عصرنا هذا ان المرض الذى نحن بصدده ليس الاظاهرة من جملة ظواهر الاصابة الدرنية المنتشرة صار الامتناع من استعمال المعالجة المضادة للالتهاب غير ان الاطباء وقعوا فى خطأ آخر وهو الامتناع بالكلية من المعالجة أعنى المعالجة بالاستنظار أوالاجتهاد فى مقاومة الديسكرازيا الدرنية المنتشرة والمعالجة الممدوحة فى الالتهاب السحائى الدرنى والدرن الدخنى للسحايا هى انه فى ابتداء المرض سيما متى اشتكى المريض بألم شديد جدا فى الرأس دال على التهاب سحائى درنى يستعمل ارسال العلق خلف الاذنين والايصاء بهذه الواسطة جيد جدا حيث انه فى هذا الدور يتعذر بالكلية التمييز بين اشكال الالتهاب السحائى المختلفة ولا يعلم مع التأكيد هل الاصابة تبتدئ من اول الامر بمجرد التهاب بسيط فى السحايا ينضم اليه فيما بعد بتكرار الالتهاب تكونات درنية ام لا وينبغى تكرار الاستفراغات الدموية الموضعية المذكورة ان حصل منها نجاح فى الابتداء عند ازدياد الحالة المرضية وارتقائها كما انه يوصى فى مثل هذه الاحوال فى ابتداء المرض أيضا باستعمال المسهلات اللطيفة والوضعيات الباردة اوالجليدية على الرأس وزيادة عن ذلك ينبغى التمادى فى المعالجة كما ذكرنا فى الالتهاب السحائى المصحوب بنضح صديدى ليفى وأما فى الاحوال التى فيها تكون الظواهر الالتهابية ليست كثيرة الوضوح فينبغى استعمال وسائط علاجية أخر وذلك لان الاستفراغ الدموى الموضعى وان سمح باستعماله مرة واحدة قليل النجاح وتكراره مضر بلاشك ومن الموصى به بكثرة فى مثل هذه الاحوال لما حصل منه من النجاح العظيم احيانا استعمال يودور البوتاسيوم بكمية عظيمة من جرامين الى أربعة وكذا زيت كبد الحوت وشراب يودور

الحديد ونحو ذلك مع الاستمرار مدة طويلة واما الحمامات التشلشلية على الرأس التى يحصل منها نجاح وقتى فالاوفق تركها فى الاحوال الواضحة للالتهاب السحائى الدرنى القاعدى والاستسقاء الدماغى الناتج عنه فان الاطفال وان أفاقت مدة استعمالها الا ان هذا لايمكث زمنا طويلا فضلا عن كون هذه الوسائط صعبة على اهل الطفل ومثل ذلك يقال فى استعمال المصرفات القوية كالمقص والدلك بالمراهم المنفطة ونحو ذلك

وقد اوصى المعلم (هاس) فى الدور الابتدائى لهذا المرض باستعمال مقادير صغيرة من المرفين بجزء من أربعة وعشرين جزأ من قمحة وذكر انه شاهد من ذلك نجاحا عظيما فى بعض الاحوال

(تنبيه) حيث ان المعالجة الشفائية لهذا المرض قليلة النجاح يجتهد جدا فى الحصول على غاية جيدة من المعالجة الواقية فعند ظهور الاستعداد للاصابة بهذا المرض سيما فى العائلة التى اطفالها مستعدة لذلك ينبغى الحصول على رضاع جيد من مرضعة قوية البنية مع تعرض الاطفال لجميع الوسائط الصحية الجيدة كارسالها فى الخلوات الجيدة الهواء وعدم تعرض اذهانها لأى منبه ولذا لاتجبر على الدراسة الا بعد مضى ثمان سنين وهو السن الذى تكثر الاصابة فيه بهذا المرض هذا مع استعمال بعض الجواهر الغذائية والدوائية المضادة لسوء القنية الدرنى كالالبان وزيت كبد الحوت والحديد والزرنيخ فقد امكن باستعمال تلك الوسائط حفظ بعض الاطفال من عائلة فقدت عدة اطفال بهذا المرض

(المبحث العاشر فى الالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى)
(المعروف بالتشنج القفوى الوبائى)

(كيفية الظهور والاسباب)

المؤثر المضر الذى بتأثيره يحصل شكل الالتهاب السحائى الذى نحن بصدده وانتشاره فى بقاع كثيرة الامتداد أو قليلته بحيث تظهر اوبئة قليلة الانتشار أو كثيرته غير معروف لنا لكن من القريب للعقل القول بان الالتهاب المذكور ليس متعلقا بمؤثرات جوّية ولا أرضية بل انه ناتج عن تسمم الجسم بسم مرضى نوعى والظهور المتعدد زمنا فزمنا لمرض من الامراض

فى احدى البقاع التى تكون مصونة عنه عادة وكذا اصابة جملة اشخاص من عائلة واحدة وان كان فى حد ذاته لا يجوّز الحكم بان هذا المرض ناشئ عن تسمم فى الجسم الان سريان وباء من محل الى آخر كما هو المشاهد فى اوبئة الالتهاب المذكور يعتبر ولا بد علامة قوية على منشئه الميازماتى غير ان انتقال هذا المرض بواسطة اصل معدى لم يشاهد اكيدا ولو ذكرت بعض أحوال يترأى منها بحسب الظاهر انتقال هذا المرض من شخص الى آخر

ومع ذلك فالالتهاب السحائى الشوكى الوبائى لا يعتبر من جملة الامراض التسممية العامة كالاشكال التيفوسية وسنتكلم عليها فيما بعد فان اعتبار هذا المرض شكلا تيفوسيا مخصوصا كما كان منتشرا فى فرانسا بقاصار رفضه بالكلية بواسطة المشاهدات التى فعلت فى المانيا مدة الاوبئة الاخيرة ونحن نميز هذا المرض عن رتبة الامراض التسممية العامة التى منها الاشكال التيفوسية المختلفة بالاوجه الآتية منها ان الاضطراب المرضى العام يتعلق فى الامراض الاخيرة ولا سيما الحمى بقبول الجوهر المسم فى سوائل البنية والتغيرات التشريحية للاعضاء المختلفة الناتجة عن التسمم تظهر على هيئة مخصوصة كالتى تنشأ فقط عن تأثير السموم النوعية المنتشرة بخلاف الالتهاب السحائى الشوكى الدماغى الوبائى فان فيه الاضطراب المرضى العام والحمى وباقى الاعراض تتعلق فقط بالتغير المرضى الموضعى الناتج عن التسمم بكيفية مشابهة لما يحصل فى الالتهاب الرئوى الليفى اوالحمرة وبالنتائج المضرة التى يحدثها فى الجسم هذا المرض الموضعى وكذا التغيرات التشريحية التى تظهر فى السحايا والدماغ والنخاع الشوكى لا تتميز مطلقا عما سواها من التغيرات التى تحصل فى احوال أخرى بمؤثرات مضرة أخرى فهذه الامور هى التى الجأتنى لاعتبار الالتهاب السحائى المذكور مرضا موضعيا ولو كان منشاؤه ميازماتيا

ثم ان اوبئة هذا الالتهاب تشاهد فى الشتاء أكثر من الصيف وتنطفى عادة بطرو الفصل الحار ومع ذلك يوجد استثناآت من هذا الامر المغاير بالكلية لما يشاهد بالنسبة لاغلب الامراض الوبائية واكثر الاصابة به سن الطفولية فان كثيرا من الاطفال غالبا يصابون به ويهلكون منه عند تسلطنه وكذا

الاشخاص اصحاب السن المتوسط تكثر اصاباتهم بهذا المرض واما المتقدمون في السن فيندر اصابتهم به ومما يساعد على ظهور هذا المرض تأثير الوسائط الرديئة الصحية التي من جملتها تراكم عدد عظيم من الاشخاص في المساكن او قشلاقات العساكر ونحو ذلك والاشخاص المعرضة لتلك المؤثرات تكون في اثناء انتشار هذا المرض أقرب لخطر الاصابة من غيرهم *(تنبيه)* قد شاهدنا هذا المرض على صفة وبائية في العساكر المصرية ولاسيما السودانية سنتين متواليتين أعني في برمودة سنة ٨٧ وكذا السنة التي بعدها في برموده وفي كل مرة شاهدنا نحو الثمانين حالة وكان سبب هذا الوباء القاصر على العساكر متعلقا ولابد بتسلطن بعض مؤثرات صحية غير جيدة وبمؤثرات ميازماتية كما ذكرناه ولم نعلم بان احدا سبقنا بمثل هذه المشاهدة وكان عدد المصابين به ممن دخل البيمارستان العمومي بمصر من الثمانين الى المائة في كل مرة في زمن قريب ولم ينته الا بعد تبعيد الاسباب واتخاذ الشروط الصحية الجيدة

(الصفات التشريحية)

في الاحوال الحديثة تكون التغيرات التشريحية مطابقة لبعضها كما سيأتي وهو ان الجثة لا يظهر فيها نحافة ويستطيل التيبس الرمي ويوجد كدم رمي ممتد على ظهر الجسم وفي كثير من الاحوال يشاهد نحو بصلات هربسية جافة على الوجه وغيره من اجزاء الجسم وتكون العضلات مسمرة وفي بعض الاحوال تكون باهتة

وقبوة الجمجمة تكون كثيرة الدم ويوجد في الجيوب المستطيلة كمية عظيمة من الدم السائل او المنعقد على هيئة جلط رخوة والام الجافية تكون تارة كثيرة التوتر وتارة قليلته ومغطاة أحيانا بتراكمات دموية صغيرة أو النهاية سحائية جافية ولا يوجد غالبا بين السحايا الجافية والعنكبوتية انسكاب واما المسافات تحت العنكبوتية فتحتوي على انسكاب يكون بالنسبة لانتشاره وشكله على هيئة متوسطة بين الانسكاب القيحي الليفي في الالتهاب السحائي لقبوة الجمجمة وبين الانسكاب القيحي الهلامي في الالتهاب السحائي القاعدي ويكاد يكون محدب النصفين الكريين العظيمين مصابا

كالقاعدة لكن القاعدة أشد اصابة منه ويكون النضح فى قسم تصالب العصب البصرى وحفرتى سلويوس وقاعدة المخيخ عظيما والاعصاب الناشئة من قاعدة المخ تكون محاطة بهذا النضح والمخ نفسه يكون محتويا على كثير من الدم بدرجات مختلفة وقوامه متناقصا وفى محيط الجيوب يكون هذا القوام عجينيا سهل الذوبان ويكاد يوجد على الدوام فى الجيوب الدماغية قليل من سائل قيحى ويندر وجود كمية عظيمة من سائل مصلى صاف فيها

والام الجافية للنخاع الشوكى يكون احتواؤها على الدم متفاوتا وقد تكون متوترة فى اجزائها السفلى ويوجد بين الام الجافية والعنكبوتية الشوكية سائل قيحى عكر متفاوت الكمية والعنكبوتية لا يظهر فيها تغيرات سوى تكدر واضح ويوجد بينها وبين الام الحنونة سائل قيحى متفاوت الكمية ومنسوجها مرتشح بنضح قيحى هلامى وامتداد هذا الارتشاح يكون غير مستو ففى معظم الاحوال يكون الجزء العنقى غير مصاب ويبتدئ التغير المرضى من الجزء الصدرى ومنه يمتد الى جهة الاسفل حتى يصل الى ذيل الفرس اى الطرف السفلى من النخاع الشوكى ويكاد يكون قاصرا على السطح السفلى من هذا العضو والمحال المرتشحة تكون حلقات غير منتظمة عريضة من الوسط ضيقة من الاطراف وتكون هذه الحلقات منضمة مرتبطة ببعضها باشرطة دقيقة مصاحبة للاوعية الغليظة ويكون منسوج الام الحنونة فى المحال التى لا ترتشح فيها بالمادة القيحية الهلامية متكاثفا ثخينا عكرا والنخاع الشوكى يكون محتويا على كمية متفاوتة من الدم ومرتشحا أحيانا بمادة مصلية ورخوا وقد وجد فى حالة شاهدها المعلم سوسن القناة المركزية لهذا العضو متمددة وممتلئة بمادة قيحية

وفى باقى الاعضاء لا يوجد تغيرات أخرى مهمة بقطع النظر عن طرو بعض المضاعفات والصفات التشريحية فى الاحوال المستطيلة المدة لم تعرف الا من مشاهدات قليلة فقد وجدت فى حالة من هذا القبيل كان فيها النضح متكاثفا ومكابدا للاستحالة الجبنية مع تجمع عظيم من مواد سائلة فى الجيوب وذكر غيرنا تغيرات مماثلة لذلك

(الاعراض والسير)

ولنرجع الى ماذكرناه غير مرة من ان اعراض الالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى وسيره يوجه جميعها بالتغيرات التشريحية المرضية للسحايا الدماغية الشوكية وانه بذلك يتميز هذا المرض عن أغلب الامراض التسممية الحادة فان جميع ماذكر ضد هذا الاعتبار يرفض بسهولة بكونه فى الالتهاب الرئوى الحقيقى الذى لا يعتبره احد من جملة الامراض التسممية الحادة توجد بعض اعراض كالطفح الهربسى والبول الزلالى وغير ذلك مما تعسر نسبته للتغيرات الالتهابية فى جوهر الرئة والنضح الغزير الحاصل فى الخلايا الرئوية كما هو الواقع بالنسبة لبعض الاعراض غير المستمرة للالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى

ثم ان ظهور هذا المرض يبتدئ أحيانا فى قليل من الايام بظواهر سابقة كآلام خفيفة فى الرأس والظهر لكن فى العادة يهجم دفعة واحدة بقشعريرة متفاوتة الزمن يصحبها بسرعة آلام شديدة فى الرأس وقىء فى اغلب الاحوال والم الرأس يرتقى بسرعة الى درجة قوية فيصير المريض فى حالة قلق وضجر عظيمين وتتضايق الحدقة والقوة المدركة تبقى سليمة وتكون سرعة النبض من ٨٠ الى ١٠٠ والحرارة متوسطة وسرعة التنفس من ٣٠ الى ٤٠ فى الدقيقة وغالبا يشاهد فى انتهاء اليوم الاول او الثانى انجذاب الرأس الى الخلف ويظهر غالبا فى هذا الزمن طفح هربسى حول الفم وعلى الوجنتين والجفنين والاذنين بل والاطراف احيانا ويستمر التشكى بالم الرأس الشديد ويمتد هذا الالم من الرأس الى القفا والظهر ويرتقى ضجر المريض الى ارقى الدرجات وتضطرب افكاره وتبقى الحدقتان منقبضتين وينخسف البطن ويحصل اعتقال ويرتقى كل من النبض وسرعة التنفس زيادة عن المائة وعشرين ضربة فى النبض او اربعين حركة تنفسية واما درجة الحرارة فتبقى منحطة اوانها ترتقى زيادة عن ٣٩ وفى اثناء اليوم الثالث او الرابع من ظهور المرض تظهر التشنجات التيتنوسية فى عضلات القفا والظهر وقد تكون مصحوبة بالكزاز وحينئذ يتكون تيتنوس خلفى واضح وينطفى الادراك ويزول لكن

المريض

المريض يبقى مستمرا على حالتى الضجر والقلق ويستمر انقباض الحدقة واعتقال البطن وانخسافه ويخرج البول بدون ارادة او يحتبس فى المثانة فيحتاج الحال لاستفراغه بالقسطرة ثم ان المريض الفاقد الادراك يقع فى حالة خدر تام ويصطحب التنفس بخراخر شخيرية ويهلك المريض بظواهر الاوذيما الحاد

وفى بعض الاحوال الثقيلة تظهر الاعراض السابق ذكرها فى زمن أقل مما ذكر فيزول الادراك فى اليوم الاول ويحصل أتشنج تيتنوسى شديد فى عضلات القفا والظهر بحيث ينجذب الرأس بشدة نحو القفا وعندما يكون سير هذا المرض شديدا جدا يمكن ان يطرأ الموت فى اليوم الاول او الثانى وبالجملة فهناك أحوال نادرة فيها يسير هذا المرض بسرعة أكثر من السابقة بحيث يهلك فيها المريض بظواهر الشلل العام فى قليل من الساعات بدون ان تتضح الاعراض التيتنوسية الواصفة لهذا المرض

لكن هذا المرض وان ابتدأ بالكيفية السابقة وسار كما تقدم فى الايام الاول لاينتهى بالموت على الدوام فمن العلامات الجيدة يعتبر عادة تناقص الهذيان المستمر وتحسين حالة الادراك ولو مع استمرار ألم الرأس والظهر والتشنج التيتنوسى لعضلات الظهر وعند تقدم حالة تحسين المريض يمكن زوال جميع الظواهر المرضية فى قليل من الايام وتبتدئ النقاهة عند المريض ولوانها تستطيل جدا

وقد يكون التحسين فى حالة المرض غير تام وتستطيل مدة المرض وفى مثل هذه الاحوال يمكن مضى اسابيع بدون ان تبتدئ النقاهة فيستمر الم الرأس وجساوة القفا والتيتنوس الخلفى وبشلل بعض الاعصاب المحركة او الوظائف الحيوية تنشأ صورة مرضية مضاعفة واغلب مثل هؤلاء المرضى يهلك بتقدم النهوكة

ولنذكر أخيرا الاحوال ذات السير المتقطع من هذا المرض ولم أشاهد منها الاحالة واحدة والمعلم هرش يميز لذلك ثلاثة اشكال ففى الشكل الاول يحصل التقطع فى دور الظواهر السابقة بحيث تحصل جملة نوب وظواهر سابقة واضحة ثم تزول بالكلية ثم تحصل نوبة جديدة يعقبها هجوم هذا المرض

واستمرار سيره وفى الشكل الثانى يحصل فى اثناء ارتقاء هذا المرض الى ارقى الدرجات انحطاط عام فجائى فى الظواهر المرضية لكن يعقب ذلك فى اليوم التالى تثاقل جديد فى الاعراض وقد يتردد هذا الانحطاط عدة مرات على صفة طرز يومى كثير الانتظام اوقليله وفى الشكل الثالث وهو الشكل الغالب ومن جملته الحالة التى شاهدتها تحصل تقطعات واضحة مدة النقاهة وذلك ان الاعراض التى بقيت بعد انتهاء سير المرض سيما ألم الرأس وجثاوة القفا يحصل فيها تثاقل شديد أحيانا مدة طويلة من الزمن على شكل طرز يومى وفى اثناء التغيرات تكون حالة المريض مطاقة

ولنشرع الآن فى ذكر الظواهر المرضية كلا على حدتها بعد ان شرحنا اعراض هذا المرض وسيره على العموم فنقول

اما ألم الرأس الشديد فلا يفقد ولو فى الاحوال التى فيها ينتهى هذا المرض بالموت بعد قليل من الساعات أعنى الشكل الصاعق واما فى الاحوال التى فيها يسير هذا المرض سيرا اعتياديا فالمرضى فيها تشتكى من نفسها بالم فى الرأس او بعد السؤال وذلك مادام الادراك غير متكدر و يظهر ان كلا من الضجر والقلق والانين الذى يصاحب تكدر الادراك يتعلق بالم الرأس وبالجملة توجد بعض أحوال فى اثناء تسلطن وباء هذا المرض فيها يحس بعض المرضى ولو بدون هجوم هذا المرض بآلام شديدة فى الرأس تستمر بجملة ايام ولا يمكن توجيهها ولا معرفة السبب الناتجة عنه ومثل هذه الاحوال تعتبر اشكالا اجهاضية فى هذا المرض

واما الم الظهر والقفا فانه يطرأ عادة بسرعة مع الم الرأس او فيما بعد وهذا الالم يزداد بالضغط على النتوات الشوكية للفقرات و يرتقى لدرجة عظيمة (مع بعض استثناآت) عند ما تريد المرضى تحريك العمود الفقرى اوعند تحريك الغير له ويمكن فيما اذا استطال المرض زمنا طويلا ان يزداد هذا الالم عند تحريك العمود الفقرى مدة اسابيع

واما الاحساسات المؤلمة فى الاطراف فهى بلاشك من طبيعة عصبية وناشئة عن تهيج الجذوع الخلفية من النخاع الشوكى وليست من الاعراض الملازمة وربما لا تحصل الا عند تحريك العمود الفقرى

واما ثوران حساسية الجلد وفقدها فيشاهد فى الايام الاول من هذا المرض واحيانا فى مدة جميع سيره ان ملامسة الجلد غير اللطيفة تكون مؤلمة للمرضى فيزيد ضجرها وانينها كلما أريد تغيير وضعها فى الفراش او القرع على بعض أجزائها ثم فيما بعد يفقد هذا الاحساس بحيث لاتحس المرضى ولو مع تهيج الجلد الشديد ومع ذلك ففى مثل هذه الاحوال لاينفى الخدر الذى تقع فيه المرضى من فقد الحساسية الدماغية وأقل من ذلك فقد الحساسية الجلدية الدائرية المبينة بان المرضى ولو مع ادراكها لاتحس بتهيج الجلد الا بقلة اولا تحس به بالكلية وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء قابلية تنبيه الجذوع الخلفية العصبية بسبب التهابها

واما التشنجات التيتنوسية لعضلات القفا والظهر فلا تفقد الا فى أحوال نادرة من الالتهاب السحائى الصاعق وفى الابتداء يكون الرأس قليل الانجذاب الى الخلف ثم يكون فيما بعد زاوية قائمة تقريبا مع الجسم وبهذا الوضع وبالتيتنوس الخلفى للجزء الصدرى والقطنى من العمود الفقرى يتعذر بالكلية على المرضى الاستلقاء على الظهر فان ارتقى التيتنوس الى الدرجة العظمى حصل ولابد تعذر فى حركات التنفس وهذا العرض قد يزول قبل الموت بقليل والغالب ان يستمر بدرجة متفاوتة الى الممات أوالى حصول النقاهة

واما التشنجات الصرعية فنادرة الحصول وهذا الامر مع امتداد الانسكاب على السطح المحدب من النصفين الكريين العظيمين للدماغ مستغرب

واما الشلل فالغالب فيه ان تفقد ظواهر الشلل الحقيقى الى الموت ومع ذلك فهناك أحوال يحصل فيها شلل النصف الجانبى من الجسم (أى الفالج) أوشلل النصف السفلى منه كما ان هناك احوالا عديدة يحصل فيها شلل فى اجزاء العصب الوجهى او المحرك للمقلة أوالمبعد لها وتوجيه ذلك سهل بل قلة حصولها مستغرب

واما الاضطرابات العقلية فانه فى ابتداء المرض يكاد يكون الادراك غير مضطرب والمرضى لاتحسن الجواب على مايوجه لها من الاسئلة لكن عما قريب يحصل عندهم عدم راحة وقلق ثم تصير فى قلق من السؤال فلا تجاوب

الامع السا آمة اجوبة غير تامة ويوجد عندهم فى الابتداء نوع هذيان لا ينقطع الا بعض دقائق وهو واصف للدور الاول من هذا المرض ثم يظهر عند أغلب المرضى هذيان مختلف الشدة يخلفه حالة خدر

واما اضطرابات الحواس فمنها الالتهاب القرنى وهو ينتج عن عدم غلق الاجفان غلقا تاما عند ضعف العضلة المحيطة الجفنية ضعفا نصف شللى والالتهاب المشيمى النضحى والالتهاب الشبكى ويغلب على الظن ان ذلك نتيجة امتداد الارتشاح الصديدى على مسير العصب البصرى من تجويف الجمجمة الى المقلة ولا يندران يؤدّى ذلك لفقد الابصار والصمم يحصل بكثرة فى هذا المرض بحيث يجيز القول بانه ينتج عن عدة أسباب اهمها امتداد الارتشاح القيحى على مسير العصب السمعى والاذن الباطنة

واما الطفحات الجلدية فا كثرما يشاهد منها الحويصلات الهربسية وأقل من ذلك مشاهدة الاريتما والوردية والانجرية والبقع الكدمية والعرق الخبيث وكثرة حصول هذه الطفحات ولاسيما وضعها المسامت المنتظم يودى للقول بانها تتعلق بتهيجات فى أعصاب التغذية كما ثبت ذلك فى الطفح الهربسى المنطقى فى أحوال الآلام العصبية كما أثبته بيرنس بروخ

واما الحمى ففيها يفقد تبعا المشاهدات سمسن العديدة الاكيدة الطرز المنتظم فلا يوجد الا قليل من خطوط تقوسات درجة الحرارة مشابه لبعضه بل الغالب ان توجد قذفات وثورانات فجائية قصيرة المدّة فى درجة الحرارة وبالجملة يكثر وجود الطرز المتردد مع ثورانات من نصف درجة الى درجة واما درجة الحرارة العالية جدّا فتكاد لا توجد الا فى الاحوال الثقيلة التى تنتهى بالموت وفى غالب الاحوال لا ترتقى زيادة عن ٣٩ واما الطرز المتقطع من الحمى الذى يظهر أحيانا مع باقى الظواهر المرضية فى اثناء النقاهة فيعتبره سمسن حمى امتصاص بخلاف الطرز المتقطع الحمى فى الاسبوع الاول والثانى من المرض فانه يعتبره ارتقاء متتابعا للالتهاب السحائى وسرعة النبض لا يستنتج منها ارتفاع درجة الحرارة فقد تكون عظيمة جدا مع توسط درجة الحرارة ويندران يشاهد فى ابتداء هذا المرض بطء فى النبض

﴿المعالجة﴾

الاحوال التى يستنتج منها جودة الطرق العلاجية الموافقة لهذا المرض والتى تجدى نفعا هى التى يتعشم فيها بالنجاح من قبل وذلك مطابق لما يشاهد فى جميع الاوبئة الخبيثة القتالة لجميع الامراض ومن رام تجربة الطريقة العلاجية فى الاشكال الثقيلة من هذا المرض فلا يتحصل على نتايج مهما كانت الطريقة العلاجية وكون المعالجة المستعملة فى الالتهاب السحائى الذاتى التى هى عبارة عن استعمال التبريد بواسطة الوضعيات الجليدية على الرأس وارسال العلق خلف الاذنين وتعاطى الزئبق الحلو من الباطن يوصى بها كذلك فى الالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى يتضح ذلك من منفعتها الواضحة فى المرضى الذين يظهر عندهم مبادى هذا المرض بتأثير وبائه المتسلطن اى الذين يصابون بآلام الرأس والقفا بل وفى الاحوال الواضحة من هذا المرض قد ثبت نجاح هذه الطريقة العلاجية طبقة التجارب أغلب الاطبا الذين شاهدوه وصار رأى من لم ير نجاحها ارتكانا على مشاهدة الاحوال الثقيلة منفردا وليس عندى تجارب مؤيدة لنجاح المورفين من الباطن والحقن تحت الجلد به مع المعالجة الباطنية المضادة للالتهاب لكن هناك مشاهدات عديدة سيما مشاهدات سمسن ومنكوف تؤيد نجاح ذلك سيما الحقن تحت الجلد بالمورفين وقال سمسن لم نشاهد من الحقن المذكور ادنى ضرر ولو تكرر استعماله بل شاهدنا منه نجاحا تسكينيا عظيما بحيث يظهر مع التبريد على الرأس وسائط عظمى فى معالجة الالتهاب السحائى

واما استعمال الكينين ولو فى أحوال هذا المرض الواضحة المتقطع فليس فيه أدنى منفعة كما تحقق ذلك عند كثير من الاطبا المشاهدين لهذا المرض

(تنبيه) قد ذكرنا اننا شاهدنا هذا المرض سنتين متواليتين فى بيمارستاننا العمومى وهما سنة ١٢٨٧ وسنة ٨٩ ميلادية وكانت المشاهدة فى اثناء الفصل الحار من السنة وفى كل وباء كان عدد الاحوال المشاهدة فى مدة قليلة نحو الشهرين من الستين الى الثمانين وجميعها بالعساكر

الوطنية ولاسيما السودانية
أما مايخص التشريح المرضى فلم أجد ادنى اختلاف عما ذكره المؤلف فى كتابه هـذا مع انى كررت فعل الصفات التشريحية مرارا عديدة غير انى انبه على شيئين كانا واضحين بكثرة فى هذه الصفات وهما الاول سموكة النضج المرضى القيحى اللبفى عـلى قاعـدة الدماغ من الخلف ولاسيما المخيخ والنخاع المستطيل بحيث كاد يكون على هـذه الاجزاء طبقة ليفية قيحية مستوية كانما غطيت هـذه الاجزاء بطبقة كثيفة من الدهن والثانى لين النخاع الشوكى السريع سيما فى النخاع المستطيل والجزء العلوى من النخاع الشوكى بحيث انه عند شق الطبقة العمدية الخاص بالنخاع من هذه الاجزاء كان يسيل على هيئة مادة مبيضة كثيفة متجانسة كاللبن الكثيف وباقى التغيرات التشريحية هى بعينها كما ذكره المؤلف
واما بالنسبة للاعراض فلم يكن عندى ما اضيفه اليها زيادة عما ذكره المؤلف الا انه على اختلاف الاحوال وكثرة المشاهدات اقول انها شوهدت بجميع تنوعاتها وتسلطن بعضها أحيانا دون الباقى.
واما بالنسبة للمعالجة فاننا كنا نستعمل المعالجة التى تقدمت مع الاهتمام بالاكثر بما ذكره منها سن أعنى المعالجة الباطنة المضادة للالتهاب ولاسيما لديجتالا والحقن تحت الجلد بالمورفين والوضعيات البـاردة عـلى الرأس وقد شاهدنا نجاح هـذه الطريقة حتى كاد الشفا يكون اكثر من النصف فى مجموع الاحوال خفيفة او ثقيلة ولاجل بيـان حالة هذا المرض ومعالجته اذكر مشاهدتين من عدة مشاهدات انموذجا تلقاهما أحد تلامذتى وهو سعد ساحلى فى الاكلينك احداهـما انتهت بالشفاء والاخرى انتهت بالموت وفعلت فيها الصفات التشريحية فالاولى انه قد حضر فى يوم السبت الموافق ٨ برموده سنة ٨٧ ميلادية الى قسم الامراض الباطنة الجهادية بالقاعة الاولى نمرة ١٩ شخص يدعى محمود بن اسماعيل من ٤ بجى بياده غرديان ١ بجى اورطة بنيته متوسطة القوة ومزاجه لينفاوى عصبى وسنه نحو الثلاثين
وكان هـذا الشخص عند حضوره يشكى بآلام شديدة فى الرأس ممتدة الى

القفا والعمود الفقرى العنقى الظهرى مع فقد خفيف فى الادراك وحالة هذيان وانقباض فى عضلات القفا والظهر بحيث كان الرأس منجذبا الى الخلف انجذابا خفيفا ومعه أيضا انقباض تشنجى فى الاطراف وكزاز واضح وكل من النبض والحرارة قليل الارتفاع وجميع هذه الاعراض كانت معه من اول يوم

وفى اليوم الثانى كانت حالة المريض ما سأذكره وهو ان حالة الادراك كانت متحسنة وكذا حالة الهذيان وأما ألم الرأس وما معه فكان كاليوم السابق وانقباض عضلات القفا والظهر كان على حالة تشنجية تيتنوسية والحساسية العمومية موجودة غير انها متناقصة بحيث لا يكاد يحس المريض بالقرص والحدقتان منقبضتين واللسان مبيضا والنبض بطيأ وحرارة ظاهر الجسم منحطة فأمر له حينئذ بالاستفراغات الدموية الموضعية على الظهر بواسطة المحاجم التشريطية وارسال نحو عشرين علقة خلف الاذنين واعطى له مسهل مكون من اثنتى عشر قمحة من الزيبق الحلو واثنتى عشر قمحة من الجلابة تفعل ثلاث ورقات احداها صباحا والثانية ظهرا والثالثة مساء وامر له كذلك باستعمال المكمدات الباردة على الراس بعد حلقه ولكون ألم الرأس والقفا شديدا جدا حقن بالمورفين تحت الجلد وبملاحظة المريض وجدت حالته تقريبا كالصباح انما ألم الرأس كان متناقصا وانقباض عضلات العنق خفيفا وكان قد اثر فيه المسهل جملة مرات

وفى اليوم الثالث وجدان المريض حافظ لقوته العقلية وانقباض الاطراف العضلى كاد لا يوجد وأما الذى فى القفا والظهر فهو وان كان موجودا الا انه اخذ فى التناقص بحيث ان المريض كانت له قدرة على فعل بعض حركات فى العنق وانما امالته للامام كانت عسرة وكل من ألم الرأس والعنق والظهر لم يزل مستمرا الا انه متناقص وبالضغط على فقرات القسمين الاخيرين كان يزداد وكانت الحدقتان متمددتين غير متحركتين واللسان مبيضا والبطن منقبضا والنبض بطيئا غير منتظم يصل الى ٦٠ فى الدقيقة الواحدة

وفى اليوم الرابع وجدت الاعراض متحسنة يعنى ان ألم كل من الرأس والقفا والظهر متناقص وتمدد الحدقتين أقل من اليوم السابق وكذا الانقباض العضلى فى القفا والظهر أقل والحساسية العمومية متناقصة غير ان الخدر أكثر وضوحا والنبض متزايد حتى انه وصل ٩٦ فى الدقيقة الواحدة والحرارة بلغت ٣٩ درجة وخطين تحت الابط

وحيث ان الاعراض الحمية كانت متزايدة عن اليوم الماضى امر للمريض اذ ذاك باستعمال منقوع الديجتالا ١٢ قمحة فى ست اواق من الماء مع جرام من ملح البارود مع التمادى على المكمدات الباردة على الراس وكذا امر له بوضع حراقة عريضة على القفا ولم يعط سوى بعض اغذية سائلة خفيفة جدا

ثم فى اليوم الخامس وجدت اعراض المريض الحمية وخلافها متحسنة والنبض والحرارة متناقصا عن اليوم قبله وانما تشكى المريض بآلام شديدة فى مفصل الركبتين ولا سيما الجهة اليمنى حتى انه من شدتها لم يستطع تحريك الاطراف السفلى وتمادينا على المعالجة هكذا فى اليوم السادس وانما زيد عليها استعمال مروخ كافورى مسكن

ثم من اليوم السابع الى العاشر اجرينا هذه المعالجة السابقة مع تنوعات خفيفة بحسب ثوران بعض الاعراض او انحطاطها وهكذا

وفى اليوم المتمم للعشرين منع استعمال الديجتالا بالكلية حيث ان ارتفاع الحرارة والنبض زال بالكلية ولم يبق سوى الضعف والام الراس والقفا وثوران خفيف فى الحمى مساء وتمادينا هكذا على المعالجة الى ابتداء شهر بشنس مع استعمال الاغذية اللطيفة حتى تم شفاء المريض وترك المارستان فى ١٨ بشنس على احسن حال انتهى

واما المشاهدة الثانية فهى انه فى ٢ برمهات سنة ٨٧ حضر الى الاسبتاليه الكبرى بالقصر العينى شخص سودانى يدعى عبد الله من عساكر ٧ بى بلوك ٢ بى أورطه ٢ بى ياده ولدى حضوره صار الكشف عليه فوجد عمره نحو عشرين سنه نحيف البنيه ذا امزاج عصبى ومعه الم ودوار فى الرأس مع حرارة فيه وفى بقية الجسم والام فى القفا والظهر مع تقلص فى عضلاتهما

والحدقتان

والحدقتان كانتا منقبضتين قليلا والنبض سريعا خفيفا غير منتظم ومع ذلك فكان المريض حافظ الادراك فأمر له بالمكمدات الباردة على الرأس بعد حلقه واجريت له الحجامة التشريطية خلف الاذنين

وفى صبيحة يوم حضوره ازدادت الاعراض السابقة وفقد الادراك رأسا وحدث عنده هذيان جنونى مع ضجر وقلق عظيمين حتى يكاد لا يطيق ملابسه ولا النوم على السرير وغير ذلك والانقباضات العضلية للقفا والظهر كانت متزايدة بحيث انها اكسبت الجذع شكل القوس مع وجود آلام فيهما تزداد بالضغط وكان يوجد أيضا انقباض فى عضلات البطن والاطراف لاسيما السفلى فكانت منثنية على الحوض لشدة انقباضها والحساسية العمومية متزايدة جدا بحيث يتألم المريض من أدنى شئ والنبض خفيفا جدا مع السرعة وعدم الانتظام وقد وصل الى ٨٤ والحرارة كانت مرتفعة حتى وصلت الى ٣٩ وخطين وبالخصوص حرارة الرأس وكانت الحدقتان منقبضتين جدا واللسان أحمر جاف

فأمر له فى ذلك اليوم بالاستفراغات الدموية الموضعية على مؤخر الرأس والقفا والظهر (بان وضع له عشرون علاقة خلف الاذنين وفعل له اثنى عشر محجما تشريطيا ستة على القفا وستة على الظهر) واعطى له مسهل من الجلبة والزيبق الحلو من كل ١٢ قمحة فى ثلاث أوراق على ثلاثة اوقات فى مدة النهار مع التمادى على المكمدات بالماء البارد على الرأس ولم يعط له فى ذلك اليوم غذاء

وفى اليوم الثالث كانت الاعراض على حالتها انما النبض كان ٨٨ والحرارة ٣٨ واربعة خطوط فاستعملت المعالجة بعينها وزيد عليها حقنة مسهلة (من منقوع السنا رطل ومن الملح المرو قيتان) لعدم تأثير الاوراق المسهلة السابقة ولشدة الآلام استعمل له الحقن بالمورفين تحت الجلد ولم تزل حالة المريض فى هذا اليوم بهذه المشابهة بل زاد التشنج العضلى حتى عم الجسم وازداد التقوس بحيث وصل جسم المريض لحالة التيبس حتى لو جبر على انبساط احد الاطراف لتألم من ذلك تألما شديدا فضلا عن عدم استطاعته ووجد عنده

كزازشديد متقطع بحيث لا يمكن فتح فمه ولو بخفض الفك السفلى بيد اجنبية وكان مع ذلك متقطعا وكانت عيناه مغلقتين غالبا وعند انفتاحهما يحصل له فزع من الضوء واحيانا تكونان شاخصتين والحدقتان متمددتين قليلا ودرجة الحرارة وصلت بالترمومتر الى ٣٩ وكان النبض خفيا جدا بطيئا غير منتظم ووصل الى ٨٤ وظهرت ثمرة الحقن المسكن نوعا حيث كان المريض لا يتألم بالضغط على قسمى القفا والظهر

وبملاحظته مساء وجدان الانقباض العضلى التشنجى للاطراف صار مصحوبا بارتعاش متقطع وفى اثناء الليل انحطت ظواهر التهيج فكانما حصل للمريض هدؤ واستراحة ونوم عميق وهذا بعد ان تبرز على فراشه بدون ارادة وكانت مواد البراز سائلة مسودة كثيرة الكمية كريهة الرائحة وتمادى على هذه الحالة الى الصباح

وفى اليوم الرابع تناقصت الحساسية العمومية وكان النبض خفيا بطيئا جدا غير منتظم ووصل الى ٦٠ والحرارة ٣٨ وخط واحد وباقى اعراض الليلة السابقة كما كانت عليه

وفعلت المعالجة السابقة بعينها وزيد عليها وضع اللبخ الخردلية المتنقلة على الاطراف السفلى

وبالبحث عنه وقت الظهر شوهد فيه انحطاط جميع اعراض التهيج وفقد الهذيان الجنونى بالكلية وحل محل ذلك حالة سبات وكوما عظيمين ولم يزل هكذا الى الليل وبالبحث اذ ذاك شوهد تنوع الانقباض العضلى بحيث كان فى الشق الايسر من الجسم اقوى منه فى الشق الايمن وكذلك الاحساس فكان المريض لم يتألم فى الجهة اليسرى بخلافه فى اليمنى وبقية اعراض هذه الليلة كالتى قبلها والتبرز بعينه

وفى اليوم الخامس وجدت الاعراض التهيجية آخذة فى الانحطاط والاحساس مفقودا فى الشق الايسر وضعيفا فى الايمن وانقباض العضلات بالعكس اعنى موجودا فى الشق الايسر دون الايمن ومتزايدا جدا فى الظهر والقفا حتى كادت قمة راس المريض تحاذى ما بين كتفيه وزال الكزاز

بالكلية وازدادت حالة السبات والكوما وتواتر النبض وازدادت الحرارة فوصلت الى ٣٩ درجة

فأمر له حينئذ بالمصرفات الشديدة على القفا بان وضع له حراقة عريضة تغطى اغلب القفا وما بين الكتفين ولشدة الاعراض الحمية اعطى له منقوع الديجتالا ١٢ قمحة فى ١٢ أوقية ماء مغلى مع اضافة ٢٠ قمحة من ملح البارود وباقى المعالجة على ماهى عليه ماعدا الاوراق المسهلة

و بالبحث عنه ليلا شوهدت حالة السبات والكوما مصحوبة بخدر عميق والانقباض العضلى للاطراف متناقصا ولاسيما اطراف الشق الايمن والعينان غالبا شاخصتين وقل فزعهما من الضوء بحيث لو قرب نحوهما شمعة مضيئة لم يتأثر كما كان سابقا (وذلك دليل على تقدم ظواهر الخمود) وعادت درجة الحرارة الى ٣٨ واربعة خطوط وقل تواتر النبض وتبرز تلك الليلة مرتين بمواد صفاتها كالسابقة

واما فى اليوم السادس فقد شوهد بحسب الظاهر ان حالة السبات والكوما خفت نوعا وافاق المريض لادراكه حتى كان يطلب الشرب بنفسه كثيرا والحرارة قد نقصت حتى وصلت الى ٣٦ وبطئ النبض بالكلية وتناقص الانقباض العضلى للجذع

فأمر له بحراقة كالسابقة و باللبخ الخردلية المتنقلة على الاطراف السفلى ولم يعالج بسوى ذلك من الطرق السابقة

و بملاحظته ليلا وجد فى حالة هبوط وخمود تام وكان قد تبرز نحو الست مرات بمواد مدممة صديدية و زاد تقوس الجذع حتى عاد لما كان عليه اولا وابتدأ عنده التنفس الشخيرى الناتج من امتداد الشلل الى الشعب المملتئة بمواد مخاطية لا يتيسر للمريض قذفها وانحطت درجة الحرارة بالكلية ولاسيما الاطراف وخفى النبض بحيث لا يكاد يدرك واعقب ذلك الانتهاء المحزن ليلا

وقد فعلت الصفات التشريحية فبشق فروة الراس وجدت محتقنة وعند رفع قبوة الجمجمة شوهدت اوعية العصايا (الغليظة والرقيقة والشعرية)

عتلئة امتلاء زائدا بالدم ومكتسبة لونا مسودا داكنا وبنزعها شوهد سطح المخ لامعا لوجود رشح مصلى عليه تحت الام الحنونه وفى بعض تلافيفه وجميع اوعيته الغليظة الشاغلة لهذه التلافيف كانت ممتلئة جدا بالدم وبالخصوص اوعية السطح الانسى لانصف الكرى اليمنى ووجد نضح ليفى صديدى مصفر شبيه السمن مشتتا فى اصفار مختلفة على السطح العلوى من النصفين الكريين ولاسيما على الجهة الخلفية العليا للنصف الكرى الايمن وهذا النضح كان يتبع مسير الاوعية الغليظة المحتقنة احتقانا شديدا بالدم ووجد ايضا هذا النضح على السطح السفلى للمخ شاغلا لاصفار متباعدة عن بعضها وبالخصوص كان تابعا لسير شريان فرجة سلفيوس اليمنى

وبالبحث عن المخيخ وجدت اوعية محتقنة احتقانا زائدا وعلى سطحه السفلى نضح ليفى صديدى خصوصا فى شقه الخلفى وكان ممتدا على السطح السفلى للحدبة المخية بكمية قليلة بخلاف الذى كان امامها فانه كان متكاثفا جدا وتابعا لمسير العصب البصرى وماشيا للانفراج المتكوّن منه بعد تصالبه وقبله وعند شق جوهر المخ وجد قوامه لينا قليلا وعلى سطحه نقط دموية صغيرة جدا وهذه النقط بعينها شوهدت عند شق جوهر المخيخ والحدبة المخية لكن كانت فيهما اقل مما فى المخ

وبالبحث عن النخاع الشوكى وجدت اغشيته محتقنة احتقانا شديدا وبينها طبقة رقيقة من نضح ليفى غير متعض بل سائل لماع وبشق جوهره وجد لينا وشوهد على سطح الشق نقط دموية صغيرة اوصافها شبيهة باوصاف النقط الدموية التى ظهرت عند شق جوهر المخ انتهى

﴿المبحث الحادى عشر﴾

﴿فى الالتهاب الدماغى﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

فى الالتهاب الدماغى كغيره من التهاب الاعضاء القليلة المنسوج الخلوى لا يتكون نضح خلائى بكمية عظيمة بل التغيرات الرئيسة فى هذا الالتهاب تحصل فى الالياف والخلايا العصبية والمنسوج القليل الكائن بينها وذلك لكونها تنتفخ من تشربها السائل المغذى ثم تتلاشى فيما بعد بالكلية او

تكابد الاستحالة الشحمية قبل تلاشيها وفى الحالة الاخيرة وجد فى البورات الالتهابية كمية عظيمة من اخلية شحمية (وهى المسماة سابقا بالكرات الالتهابية للمعلم جلوكى) ناتجة عن مكابدة كل من الاخلية العقدية والنوايات العصبية بلاواسطة وعند تقدم الالتهاب الدماغى كثيرا ما تتكوّن أخلية قيحية بكمية عظيمة فينشأ عنها خراجات تحتوى زيادة عن العناصر الاعتيادية للقيح على بقايا من الجوهر الدماغى المتلاشى وهذه الخراجات إما ان تحاط بمنسوج خلوى جديد التكوين أو بالجوهر الدماغى اللين الممتد اليه الالتهاب وفى الحالة الاولى تسمى بالخراجات المتكيسة

ثم ان الالتهاب الدماغى مرض نادر الحصول فلا ينشأ عن الاسباب المضرة الاعتيادية المحدثة لالتهاب غير هذا العضو من الاعضاء والغالب أن يكون الالتهاب الدماغى اولا نتيجة أسباب جرحية فلا ينشأ فقط عن الاسباب الجرحية التى تثقب الجمجمة وتصيب الدماغ بلاواسطة بل كثيرا ما تحدثه ولو مع بقاقبوة الجمجمة على حالة سلامتها ولو كانت الاسباب المذكورة خفيفة فى الظاهر ومن الجائز انه فى مثل هذه الاحوال يعترى الدماغ رض عقب ارتجاج الجمجمة فيحصل تمزقات وعائية شعرية وانسكابات دموية واهية جدا والظاهر انه لا يخلف هذه الانسكابات اعراض مرضية واضحة ابتداء غير انها فيما بعد تؤثر فيما حولها من الجوهر الدماغى كتهيج التهابى فينشأ عنها فيما بعد الالتهاب الدماغى وبالاقل توجد أحوال فيها يمضى زمن عظيم بين الاصابة الجرحية والعلامات الابتدائية للالتهاب الدماغى ومن الالتهاب الجرحى الدماغى أيضا تعتبر الاحوال التى فيها يتمزق جوهر هذا العضو بواسطة انسكابات دموية عظيمة تؤدّى لحصول تغيرات التهابية فى اجزاء الدماغ المحيطة بها ثانيا قد يتعلق الالتهاب الدماغى فى بعض الاحوال بالتهيج الذى يعترى هذا العضو من التولدات المرضية الجديدة ومن البورات المتركزة ثالثا قد يعد أيضا من الاسباب الكثيرة الانتاج لهذا المرض امراض عظام الجمجمة سيما تسوس العظم الصخرى ولذا كان وجود سيلان الاذن مهما جدا كما سياتى بيانه بالنسبة للتمييز بين خراج

الدماغ والتولد المرضى الجديد وهناك أحوال فيها تسوس الفلك العلوى قد امتد الى قاعدة الجمجمة وأدى لحصول الالتهاب الدماغى فانى أتذكر شخصا فى مجدبورغ هلك بعد سنوات بخراج فى الدماغ بعد حلق جزء عظيم من الفلك العلوى بسبب تسوسه رابعا قد يحصل هذا المرض أحيانا فى مدة سير بعض الامراض الفممية العامة حادة أو مزمنة كالتسمم الصديدى والتيفوس والداء الزهرى ونحو ذلك بدون ان يمكننا توجيه ذلك خامسا قد يظهر الالتهاب الدماغى بندرة بدون أسباب معلومة عند أشخاص سليمين من قبل

(الصفات التشريحية)

هذا المرض لا يصيب الدماغ بتمامه مطلقا بل قد يكون قاصرا دائما على بعض بورات مختلفة الحجم فتكون من حجم الفولة الى قبضة اليد بل أزيد من ذلك وشكلها يكون مستديرا غير منتظم والغالب ان توجد بورة واحدة ومع ذلك فهناك أحوال وجدت فيها عدة بورات ومجلسها إما فى المخ او المخيخ وأكثر وجودها فى الجوهر السنجابى سيما فى الجسمين المضلعين والاسرة البصرية والجوهر القشرى وفى ابتداء هذا المرض تكون اجزاء الدماغ المصابة منتفخة رخوة لينة ومنقطة ببقع محمرة بواسطة الانسكابات الدموية الصغيرة وانتفاخ البورات الالتهابية يعرف بكون هيئة السطح الظاهر من النصف الكرى العظيم للجهة المريضة تشابه الانسكابات السكتية ويكون الجوهر الدماغى فى حالة انيميا بسبب ضيق متسع تجويف الجمجمة وعند شق الجزء المريض من الدماغ لا يرتفع جوهره على سطح الشق وعند استمرار هذا المرض زمنا طويلا تزداد رخاوة الجوهر الدماغى فيستحيل الى عجينة محمرة تكسبه فيما بعد بسبب تغير المادة الملونة للدم لونا اسمر صدائيا أو مصفرا أو سنجابيا عندما يكون مختلطا بقليل من الدم وهذه العجينة التى تندفع بسهولة اذا اسلط عليها سلسول ماء ضعيف تشتمل على بقايا الالياف العصبية المتلاشية وكرات دموية ونواة أخلية وتجمعات نوائية خلوية ونضح حبيبى دقيق وبقايا مواد عضوية

ثم ان باقى تغيرات واستحالات البورات الالتهابية المعتبرة انتهاآت للالتهاب

تختلف فاحيانا يتكوّن حول البورة تولد جديد من منسوج خلوى يحيط بها على هيئة شبكة رفيعة وتكون امتدادات خلائية فى باطنها ثم يمتص متحصل هذه البورة فيخلف ذلك تجويف ممتلئ بمادة مصلية او بسائل شبيه بلبن الجير وذلك ما يسمى بالارتشاح الخلائى تبعا الدورندفرديل كما سبق ذكره عند الكلام على السكتة الدماغية وفى بعض الاحوال سيما الاحوال التى يكون فيها هذا الكيس قريبا من سطح الدماغ تتقارب جدره الى بعضها ويزول متحصله فيتكوّن فى محل البورة ندب تكون ابتداء ذات لون ابيض محمروذات اوعية رفيعة ثم تصير مبيضة مندملة فيما بعد واما اذا انتهى هذا الالتهاب بالتقيح فينتج عن ذلك خراجات دماغية والخراج الدماغى الحديث يظهر على هيئة تجويف مستدير بغير انتظام ممتلئ بسائل كثيف مصفر او سنجابى او محمر احيانا وجدر هذا التجويف تتكون من مواد خلية مرتشحة بالقيح ويوجد فى محيط هذا الخراج لين التهابى محاط بدائرة اوذيماوية فى الجوهر الدماغى ومثل هذا الخراج اما ان يعظم حجمه الى ان يثقب جدرا احد الجيوب المخية او يصل للسحايا او ان التقرح يمتد من الدماغ الى السحايا ومنها الى عظام الجمجمة بحيث يمكن ان ينفتح الخراج فى الظاهر او فيما يجاوره من التجاويف سيما تجويف الطبلة واما اذا حصل تكيس فى الخراجات بتكونات خلائية جديدة فان شكله يصير مستديرا منتظما ذا جدر ملساء وعند استمراره زمنا طويلا تصير جدر الكيس ذات سماكة وبامتصاص الجزء السائل من متحصله يصير باقى ما احتوى عليه هذا الكيس كثيفا ثم يستحيل الى مادة جبنية طباشيرية

(الاعراض والسير)

الظواهر المرضية التى يصطحب بها التهاب الدماغ هى اعراض تشابه اعراض النزيف الدماغى تارة وتارة اعراض الانيميا والتنكرز الجزئى لهذا العضو وتارة تكون نتيجة الفساد اللاواسطى الذى يحصل فى جزء الدماغ المصاب وتارة تكون نتيجة الاضطرابات الدورية فى هذا العضو خصوصا فى محيط البورة الالتهابية

وحيث انه قد تتلاشى اجزاء عظيمة من الدماغ بدون ان تطرا اضطرابات

وظيفية واضحة وان بعض البورات الالتهابية المتكيسة قد لا ينتج عنها اضطرابات دورية عظيمة داخل الجمجمة فمن الواضح انه قد توجد خراجات دماغية عند فتح الجثة بدون أن يتوهم مدة الحياة وجود آفة مرضية في الدماغ حتى ان بعض أحوال من خراجات الدماغ أيضا التي تسير بدون اعراض غير التأثير المضر الذي تحدثه في التغذية العامة لهذا العضو تصير واضحة باعتبار الاحوال المذكورة فليس من النادران لا يشك في وجود آفة دماغية ثقيلة عند مريض عقب حصول ألم أصم في الرأس عنده وانحطاط تدريجي وتناقص في القوة المذكرة حتى يصل الى البله وخمود في الحواس وضعف في الحركات يرتقي الى ان تصير غيرا كيدة لكن ذلك جميعه لا يكفي في الارتكان اليه الى تشخيص خراج في الدماغ بحيث ان عدم معرفة خراج هذا العضو لا تكون مشاهير الاطباء وأكثرها تمرنا مصونة عنه ومثل هذا الخطأ الذي لا يصل الى معلومية العموم مثل بعض التشخيصات الاكيدة من هذا القبيل لا يستغرب فيها الا الجاهل بالمعلومات الفسيولوجية والباتلوجية للدماغ والغير المتمرنين على تشخيص أمراض هذا العضو

وهناك أحوال أخر اكثر من السابقة الخفية السير فيها يمكن معرفة هذا المرض مع التقريب او التأكيد التام وهو ان كان مجلس البورة في محل فيه يحصل تمزق في المراكز الدماغية لاعصاب الحواس او يحصل بها انقطاع في توصيل الفعل الارادي للاعصاب المحركة او في توصيل المنبهات الحسية لاعضاء الادراك نشأ عن ذلك ولا بد ضعف جزئي في الحساسية او شلل جزئي اما فيما يتعلق باعصاب الدماغ من الاجزاء أو فيما يتعلق بالاعصاب الدماغية الشوكية او كليهما معا وكل من ضعف الحساسية هذه والشلل قد يمتد في احوال كثيرة الى الطرفين معا او أحد نصفي الجسم وقد يمتد في احوال اخرى على بعض الاجزاء المتوزع فيها عصب دماغي على حدته أو عصب دماغي شوكي وفي هذه الحالة الاخيرة يكاد يكون قاصرا على احدى الجهات ايضا اما ضعف الحساسية والشلل المزدوجين فلا يحصلان الا بكيفية استثنائية ولا يصلان الا في الأحوال التي يكون فيها مجلس البورة الالتهابية في اجزاء

الدماغ المتوسطة غير المزدوجة اوالتي توجد فيها جملة بورات في اجزاء مزدوجة من هذا العضو ومن ظهور هذه الاعراض لا يمكن الحكم الا بوجود بورة مرضية لكنه لا يمكن منها الحكم على طبيعة البورة فانها تحصل في جميع البورات المرضية المختلفة التي فيها تنهتك الياف عصبية واخلية عقدية عصبية ولاجل وضوح هذا الامر ينبغي اعتبار الاحوال السببية وسير المرض والظواهر المرضية التي يتضح منها تأثير البورة المرضية على باقي اجزاء هذا العضو

فان اتضح ان اعراض البورة المرضية في الدماغ حصلت عقب جرح في الراس بزمن كثير الطول او قليله اوكان المريض معتريه تسوس في العظم الصخري قرب من العقل جدا ان المريض مصاب بالتهاب دماغي واما اذا ثبت انه لم يسبق ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم الصخري فيكون من البعيد للعقل ان المريض معتريه التهاب الدماغ وهذه القاعدة ان كانت حقيقية على وجه العموم فقد ادت للخطأ في التشخيص في بعض الاحوال فقد وجدت خراجات في الدماغ عند فعل الصفات التشريحية ولم يوجد قبل ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم الصخري كما شوهد ان بعض المرضى المصابين بامراض في الدماغ كابد واضربات اوسقطات على الجمجمة وان علامات مرضهم الدماغي الكامن الى هذا الوقت اتضحت بعد ذلك احيانا لكن على العموم الذي يجب التمسك به في الطب العملي عدم اعتبار فعل هذه الاستثناآت الا عند وجود اسباب قوية يرتكن اليها ومع كون التهاب الدماغ لا يكون مطلقا ممتدا في جميع جوهره بل يكون دائما قاصرا على بعض بورات منه فلا تكاد تفقد على الدوام في ابتداء هذا المرض علامات التهيج للدماغ والسحايا ولو كان ذلك وقتيا يزول كتواتر النبض او بطئه بطئا عظيما وارتفاع درجة الحرارة والم الراس والدوار وفقد النوم او النوم على غير هده والمضطرب باحلام مزعجة وثوران في القوة العقلية بل وهذيان خفيف وزيادة حساسية بالنسبة لجميع المنبهات الحاسية وقلق مع انحطاط في القوى وهذا الابتداء الشديد الذي يعقب بكون تام أو غير تام في الظواهر المرضية يعتبر واصفا للالتهاب

الدماغى وخراجه تبعا لجرستجر ويوجد فى جرنالات الجنايات امثلة عديدة من احوال فيها اعتبر مجموع الاعراض السابقة من الجراحين المعالجين انها اعراض حمى جرحية بسبب زوالها بالكلية ووضعوا اقرارهم على ذلك رسميا مع انه عما قليل من الزمن ظهرت فى المرضى علامات مرض دماغى ثقيل واتضح من الصفات التشريحية وجود خراج فى الدماغ كان سببا للهلاك عقب الآفة الجرحية بل فى الاحوال التى فيها يعقب الاصابة الجرحية للجمجمة ابتداء ظواهر تهيج الدماغ والسحايا المنتشر ثم تناقص الوظائف الدماغية فيما بعد بدون اعراض بورية يظن ولا بدّ بوجود خراج دماغى وانما يوجه فقد الاعراض البورية بكون الخراج مجلسه فى محل من الدماغ فيه لا ينقطع التنبيه بواسطة هذا الخراج فى الالياف الدماغية الدائرية والمركزية

ثم ان التأثير الذى تحدثه البورات الدماغية على باقى اجزاء هذا العضو تكون اما عبارة عن تضايق متسع تجويف الجمجمة ولاسيما الجيوب الجمجمية التى هى مجلس لها أوعن احتقان تفممى جانبى أوذيما تفممية جانبية أوتاثير مضر فى تغذية هذا العضو بتمامه فبالامر المذكور ابتداء يتعلق ولا بد الالم الشديد فى الدماغ ونوب الدوال والقئ والآلام الوقتية والاحساسات غير المحدودة وضعف الحساسية والتشنجات والاعتقالات والشلل فى بعض اجزاء الجسم وهى ظواهر تصاحب فى كثير من الاحوال الاعراض المتقدم ذكرها كما بيناه مع الوضوح فى الفصل الثانى والرابع وذكرنا انها نتيجة الاحتقان الجزئى والانيميا الجزئية للدماغ وكون تلك الاعراض ليست كالاعراض البورية الناتجة بلا واسطة عن التهتك الجزئى للدماغ بواسطة التغير المرضى الالتهابى تستمر بدون تغير بل انها تظهر تعاقبيا مختلفا يوجه امابازدياد عظم الخراج الدماغى زمنا فزمنا وبذلك يزداد تضايق متسع هذا التجويف وبالتناقص والتزايد الوقتيين للاحتقان التفممى الجانبى والاوذيما التفممية الجانبية ومثل هذا التعاقب فى الظواهر يتضح بسهولة كثرة مشاهدته فى أحوال وجود بورات دماغية أكثر مما يوجد فى أحوال التولدات المرضية الجديدة التى تنوبطء

لكن

لكن على الدوام

ومن العسر توجيه نوب التشنجات الصرعية التى كثيرا ما تحصل فى اثناء سير الالتهاب الدماغى فانه ليس عندنا الى الآن نظريات بالنسبة لكيفية منشأها وقد فعلت جملة تقاويم فيها ذكرت الاحوال العديدة من خراج الدماغ والتى شوهد فى البعض منها آلام فى الرأس والبعض الانقباضات العضلية والبعض الآخر التشنجات الصرعية وكذا التى فقدت منها تلك الاعراض ونتيجة تلك التقاويم ليس لها الأهمية قليلة فى كل حالة راهنة بالنسبة لتشخيص كل خراج دماغى أعنى بالنسبة للتشخيص التميزى بين خراج الدماغ وتولد مرض جديد والتأثير المضر الذى تحدثه البورة الالتهابية الدماغية فى تغذية جميع هذا العضو والذى يطرأ تارة بسرعة وتارة ببطء لكن لا يفقد مطلقا متى استمرت مدة هذا المرض يتضح بالاعراض السابق ذكرها الشلل التدريجى فى جميع وظائف الدماغ - وأظن اننا بينا مع الوضوح انه يمكن معرفة الالتهاب الدماغى فى كثير من الاحوال ولو انه لا يوجد له علامة ملازمة واصفة له

ثم ان مدة الالتهاب الدماغى تختلف فهناك أحوال ينتهى فيها هذا المرض بالموت بعد أيام أو أسابيع قليلة وفى احوال أخرى لا يحصل هذا الانتهاء المحزن الا بعد عدة سنين واحيانا يشاهد عند بعض المرضى مع تقدم ظواهر الشلل الدماغى تقدما عظيما بحيث يقع المريض فى حالة البله حصول نمو عظيم فى الطبقة الشحمية للجسم والموت يحصل اما فجأة عقب ظهور أعراض الالتهاب السحائى بسبب امتداد البورة الالتهابية وسعيها واحيانا يحصل عقب ارتقاء ظواهر السبات والكوما بدون ان يوجد فى الصفات التشريحية تغير مخصوص يوجه به هذا الانتهاء المحزن أو ان الموت يحصل عقب طرو أمراض أخرى

وأما الانتهاء بالشفاء فنادر وان حصل فلا يكون تاما حتى فى الاحوال التى فيها تتكون محل البورة الالتهابية تكونات خلوية ندبية أو التى فيها يتكيس الخراج ويتكلس متحصله فان بقايا البورة الالتهابية المذكورة يعقبها ضمور فى بعض أجزاء الدماغ وبذلك تبقى وظائف هذا العضو مضطربة

﴿المعالجة﴾

معالجة الالتهاب الدماغى قليلة النجاح وفى الابتداء يوصى بمعالجة مضادة للالتهاب طبقا للقواعد التى ذكرناها فى معالجة الالتهاب السحائى البسيط وذلك متى ظهرت علامات التهيج الدماغى الحاد يظن منها حصول تغير التهابى فى هذا العضو أو فى السحايا لكن ينبغى عند اجراء ذلك المحافظة على قوى المريض فان هذا المرض يوقعه فى حالة ضعف عظيم وكذا فى الادوار المتأخرة من هذا المرض قد يستدعى تردد الظواهر الالتهابية معالجة مضادة للالتهاب خفيفة وأما النتائج التى تخلف التهاب هذا العضو فليست قابلة للشفاء وانما باجراء معالجة مقوية للجسم يمكن صيرورتها غير مضرة بالنسبة لباقى اجزاء هذا العضو وبعض خراجات الدماغ يمكن أن تكون قابلة لمعالجة جراحية وفى بعض خراجات الدماغ الناتجة عن التهاب الاذن يمكن استعمال الضمادات الفاترة فيها على الجهة المريضة والحقن الفاترة المتكررة الملينة فى القناة السمعية بقصد سرعة انفتاحها وكل من استعمال المحولات القوية على القناة الهضمية والمقص والحزام والمركبات الزئبقية قل الآن كما قل الافراط من استعمال الاستحضارات اليودية التى مدحت بكثرة فى العصر الاخير وانما لامانع من استعمال يودور الحديد عند المرضى الضعفاء كما أوصى به بعضهم لكن بدون امل فى الحصول على نتيجة عظيمة فلم يبق ثم الاحفظ المريض فى غالب الاحوال من المؤثرات المضرة الاخرى مع استعمال تدبير غذائى لطيف ومضاد به بعض العوارض القوية الخطرة فالنوب السكتية مثلا تعالج على حسب القواعد التى ذكرناها فى السكتة الدماغية والالتهاب السحائى الذى يظهر احيانا يعالج بمضادات الالتهاب القوية

﴿المبحث الثانى عشر﴾

(فى التيبس الجزئى للدماغ)

كثيرا ما ذكرنا فى المباحث السابقة تكوين تيبسات ندبية فى الدماغ ناتجة عن التحام البورات السكتية أو البورات الالتهابية لكن يوجد زيادة عن هذه التيبسات التابعة للتغيرات المرضية المذكورة تيبسات جزئية فى الدماغ

تحصل حصولا ذاتيا فى بعض اجزاء هذا العضو وهذه التيبسات عبارة عن تكاثفات من منسوج خلوى تزاحم الاجزاء السليمة من الدماغ وكيفية حصول هذه التيبسات الخلوية غير واضحة فلا يعلم ان كان ينبوعها التهابيا أم لا وهذه التيبسات الذاتية كثيرا ما تشاهد فى الاطوار المتقدمة من الحياة وتشاهد عند النساء أكثر من الرجال بدون ان يمكن معرفة الاسباب التى ينتج عنها هذا المرض

وعند فعل الصفات التشريحية توجد الاصفار المتغيرة فى الجوهر الابيض من الدماغ أكثر منه فى الجوهر السنجابى له وعددها يختلف فتارة لا يوجد الاصفر متيبس وتارة يوجد منه عدد عظيم وهذه التيبسات تكون على شكل عقد او بورات غير منتظمة فى حجم العدسة او اللوزة وتتميز عما حولها من الجوهر الدماغى بشدة صلابتها ومقاومتها وعند شقها تظهر خالية عن الدم فاقدة اللمعان ذات لون ابيض لبنى وعند تعريضها للهواء يخرج منها مادة مصلية قليلة ثم تهبط و يوجد فى مركز هذه البورات اصفار صغيرة مزرقة اوسنجابية تنقبض عند شقها او يسيل منها مادة مصلية وعند البحث بالمكرسكوب عن هذه الاصفار البيضاء اللبنية المتيبسة يوجد فيها مادة حبيبية رقيقة عديمة الشكل و بعض اجزاء عصبية غير متغيرة او الياف عصبية واضحة

ثم ان اعراض التيبسات الجزئية الدماغية وسيرها غير واضح بالكلية بحيث لا يسهل معرفة هذا المرض مدة الحياة وان امكن تشخيصه فى بعض الاحوال فما ذاك الا من شدة فطنة الطبيب كما ذكره (فريركس) وحيث ان التيبسات الدماغية تكون قاصرة على بعض اجزاء الدماغ ومتباعدة عن بعضها وتنمو ببطء تدريجيا فالشلل الذى ينتج عنها ويصاحبها فى سيرها له وصف مخصوص وهو انه فى ابتداء هذا المرض لا يكون عاما لاحدى جهتى الجسم بل يكون قاصرا على بعض العضلات او احد الاطراف والغالب ان يكون فى الابتداء قاصرا على احد الاطراف السفلى ثم يمتد الى عضلات او اطراف اخرى الى ان يصل الى الاجزاء العصبية المركزية المتسلطنة على حركات التنفس والازدراد والقلب وامتداد الشلل المذكور لا يكون بكيفية

منتظمة بحيث ان شلل الطرف السفلى اليمينى يعقبه شلل الطرف العلوى اليمينى بل ان امتداده يكون غير منتظم بالكلية وهذا مما يؤيد فى بعض الاحوال الراهنة كون الشلل ناشئا عن بؤرات متعددة منفصلة وليس ناشئا عن بؤرة واحدة آخذة فى الامتداد وزيادة عن الشلل الذى هو عبارة عن العرض الواصف للتيبسات الجزئية الدماغية بوصفه وامتداده تشاهد اضطرابات وظيفية أخرى فى الدماغ غير انها اقل اهمية فى وصف هذا المرض فألم الرأس يفقد فى معظم الاحوال غير انه يوجد غالبا آلام دائرية واحساس بتنمل فى الاطراف يرتقى الى درجة الاحساس بالخدر فيها او فقد حساسيتها بالكلية ومن النادر ان يعترى الحواس تغيرات مخصوصة وفى غالب الاحوال يوجد فى الوظائف العقلية ظواهر ثوران وان كان يعقبه بسرعة انحطاط عظيم بل ان ظواهر الخمود قد تتضح ابتداء ولا تحصل التشنجات الا فى احوال استثنائية دون الاهتزاز فى الاطراف فانها من الظواهر المستمرة لهذا المرض ولا يحصل اضطراب التغذية العمومية الا فيما بعد بل عند بعض المرضى يحصل نمو عظيم فى الكتلة الشحمية كما يشاهد ذلك فى الالتهاب الدماغى وسير هذا المرض بطئ للغاية ففى معظم الاحوال يكون من خمس سنين الى عشرة وفى اثناء هذا السير يظهر انه يحصل فيه احيانا وقوف بدون تناقص فى الشلل ولم نعلم فى تاريخ الطب احوالا شفائية من هذا الداء والموت يحصل فى مثل هذه الاحوال اما من امتداد المرض الى النخاع المستطيل واضطراب حركات التنفس او بتقدم النهوكة التى تحصل فى اخر هذا المرض او من طرو اعراض اخرى

وحيث لم يكن للمعالجة ادنى ثمرة فى هذا الداء فلنقتصر منها على مقاومة بعض العوارض المهمة

﴿المبحث الثالث عشر﴾

(فى اورام الدماغ والعصابا)

اورام الدماغ عبارة عن جميع التولدات المرضية الجديدة والطفيلية والتمددات الوعائية الانوريزماوية لاوعية الدماغ التى تتكون فى باطن الجمجمة وشرحها فى مبحث واحد لابد منه فى الطب العملى حيث ان التمييز بينها وبعضها بالنسبة لاعراضها وسيرها غير ممكن بل انه يوجد بين اعراض

هذه التولدات المختلفة اشتباه عظيم

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

كيفية ظهور اورام الدماغ واسبابها غير واضحة بالكلية وهذا ليس بالنسبة للاورام السرطانية واللحمية والجليومن والمكسومن بل أيضا بالنسبة للتولدات الجديدة المعروفة بالكولستياتومن أى الاورام اللؤلؤية والسلع والاورام المتكيسة فأما سرطان الدماغ فانه يحصل فى جميع اطوار الحياة لكن يكثر فى الطور الاخير منها وتارة يكون أوليا ويبقى مكونا للاصابة الوحيدة السرطانية للجسم وتارة أخرى يكون تابعا لسرطان غير هذا العضو من الاعضاء وكذا باقى التولدات المرضية الجديدة التى ذكرناها تحصل على الخصوص فى الدور المتأخر من الحياة أيضا وقد ثبت كثرة حصولها بقوائم تعداد المشاهدات عند الرجال دون النساء والاستعداد المرضى والاسباب المتممة لهذه التولدات المرضية الجديدة مجهولة بالكلية وقد تكررت مشاهدة حصولها عقب الاصابات الجرحية للراس لكن لا يعلم هل يوجد فى مثل هذه الاحوال ارتباط بين الاصابة الجرحية للراس وتكون التولد الجديد ام لا فانه من المعلوم كثرة حصول الاصابات الجرحية الخفيفة للراس وانه فى كل حالة تظهر فيها اعراض اضطرابات دماغية كثيرا ما يتفحص بالدقة عن حصول هذه الاصابات الجرحية وعدمها وعند وجودها تميل الاطباء بكثرة الى نسبة الاضطرابات الدماغية لهذه الاصابات الجرحية وارتباطها بها

واما الدرن الدماغى فيكاد يحصل على الدوام عند الاطفال سيما بعد انتهاء السنة الثانية ومن النادر حصول درن الدماغ حصولا اوليا بل يكاد ينضم على الدوام الى درن العقد الليمفاوية ودرن الرئتين ويكون اذ ذاك من المضاعفات الثقيلة

واما تكون الاورام الحويصلية والايشينوكوكية اى الديدانية الحويصلية فيكون ناتجا عن سير جرثومة هذه الحيوانات الطفيلية كتكونها فى اعضاء اخرى

وأما انورزما أوعية الدماغ فتنشأ عن الاستحالة المرضية لجدر الاوعية التى تنتج عن الالتهاب الشريانى الباطنى المشوه

الصفات التشريحية

اما سرطان الدماغ فيكون أوراما مستديرة أوفصيصية محدودة غالبا فى قوام وجميع صفات السرطان النخاعى ويندر أن يكون قوامها صلبا كالاسكيرى وحينئذ تمتد الى الجوهر الدماغى المجاور بدون حد واضح ومنشأها يكون تارة من الدماغ أومن السحايا وعلى الخصوص من الأم الجافية أومن عظام الجمجمة أوانها تنشأ ابتداء من الاجزاء الرخوة الظاهرة أوالتجاويف المجاورة لها سيما الحجاجين ثم تمتد منها الى باطن الجمجمة وليس من النادر حصول عكس ذلك بمعنى ان الاورام السرطانية التى تنشأ من الدماغ تثقب السحايا وعظام الجمجمة وتبرز الى الظاهر والغالب ان يوجد سرطان واحد فى الدماغ ويكون مجلسه عادة النصفين الكرويين العظيمين وفى الاحوال التى يوجد فيها عدة من هذه الاورام شوهد تكونها فى الجهتين المسامتتين لهذا العضو مع الانتظام والاورام السرطانية الدماغية التى يمكن ان تصل الى حجم قبضة اليد لا تمرح مطلقا لم تبرز جهة الظاهر بل انها قد تكابد استحالة تقهقرية بمعنى أنها تصفر من الوسط وتستحيل الى مادة جبنية وعند وصولها الى سطح الدماغ تنكمش فتنتج انبعاجا سريا من مركزها وأما الاورام اللحمية فانها كثيرة الحصول كالاورام السرطانية وتكون متعلقة بالسحايا وتنشأ غالبا من قاعدة الدماغ لا من سطحه المحدب وتكون أوراما مستديرة أوفصيصية فى حجم الجوزة أوالتفاحة العظمية وسطح شقها يكون أملس أوأبيض وسخا أوأحمر سنجابيا وقوامها يكون عادة رخوا أو نخاعيا ويندر أن يكون يابسا ذا ألياف وقد يوجد فيها مسافات ممتلئة بسائل والاورام اللحمية يتكون معظمها من أخلية مغزلية الشكل مصطفة بجوار بعضها على هيئة الياف وهى تتميز عن الاورام السرطانية ولاسيما عن الجليوم بكونها ليست محدودة فقط تحديدا جيدا بل بكونها محاطة بمحفظة كثيرة الاوعية سهلة النزع منها وليس من النادر أن توجد فى الاورام اللحمية للام الجافية كرات صغيرة من كربونات الكلس

يحس بها كالرمل بين الاصابع عند الضغط على جوهر هذه الاورام والاورام المحتوية على كرات كلسية عديدة سماها ورجوف بالاورام الرملية وكيفية ظهورها لم يكن معروفا حق المعرفة

وأما المكسوما أى الاورام المخاطية فانها تتكون من جوهر مخاطى أعنى من اخلية مختلفة الشكل موضوعة فى جوهر خلالى متجانس رخو مخاطى شفاف وهذه الاورام وجودها ليس نادرا فى الدماغ ومجلسها كالاورام اللحمية فى الجوهر النخاعى لنصفين الكرتين العظيمين غالبا لكن ليس على الدوام وتظهر غالبا على شكل اورام محدودة ويندر حصولها على هيئة ارتشاح من مادة هلامية رخوة وجوهر الاورام المخاطية يكون لماعا قليلا وذا لون قليل الاصفرار محمر لكن قد يكتسب لونا مصفرا بواسطة النضح الالتهابى والحجم الذى يمكن ان تصل اليه هذه الاورام يشابه حجم الاورام اللحمية ويشاهد بين هذه الاورام والاورام اللحمية اشكال عديدة تعرف بالاورام اللحمية الهلامية

وأما الاورام العصبية فانها تنشأ عن نمو موضعى فى الجوهر الضام لاجزاء الدماغ وفى الياف العصبية وبالبحث بالميكروسكوب يشاهد انها متكونة من نوايات مستديرة موزعة فقط فى الجوهر الاصلى الشبكى الدقيق وبالبحث عنها بالنظر يرى انها متكونة من اورام ليست محدودة تحديدا جيدا بل انها تمتد الى جوهر الدماغ السليم بدون حد فاصل وانها لا تمتد مطلقا من جوهر الدماغ الى أغشيته والاورام العصبية قد تصل الى حجم قبضة اليد وتنشأ غالبا من الجوهر النخاعى لنصفين الكرتين العظيمين وكثيرا ما يحصل نزيف وتلاش تدريجى جزئى فى هذه الاورام عقب استحالتها الى الحالة الشحمية وقوام هذه الاورام يختلف فيكون فى قوام الفطر النخاعى الرخو وجوهر الدماغ السليم وسطح الشق فيها يكون ذا لون أبيض مصفر أو سنجابى محمر يظهر فيه فوهات وعائية عديدة متقطعة وقد اعتبرت هذه الاورام سابقا ارتشاحات سرطانية وتكون هذه الاورام على الخصوص عند الشبان الذين سنهم أقل من الاربعين يوضح القول بان سرطان الدماغ شوهد فى كل طور من أطوار الحياة

وأما الكولسنيا تومن أى الاورام اللؤلؤية فهى نادرة وتنشأ تارة من العظام الجمجمية وتارة من السحايا أو الدماغ نفسه وتكون أحيانا أوراما صغيرة وتارة عظيمة لامعة صدفية ذات شكل غير منتظم ومحاطة بغشاء رقيق وتتكون من طبقات عديدة مغلفة لبعضها من أخليه بشرية

وأما السلع فهى عبارة عن أورام صغيرة فصيصية تنشأ غالبا من الام الجافية وتارة تكون اكياسا ممتلئة بسائل أو بمواد دهنية وشعر

وأما الدرن الدماغى فهو عبارة عن الشكل الاكثر حصولا من الاورام الدماغية وفى الغالب لا يوجد الا بورة درنية واحدة واحيانا اثنتان و يندران يوجد منها عدد عظيم وعظم هذه التولدات الدرنية يختلف فيكون من حجم حبة الدخن الى حجم انكريزة وفى الاحوال النادرة قد يصل الى حجم البيضة ومجلسها فى الغالب المخيخ أو النصفان الكريان العظيمان ويندران يكون مجلسها الحدبة المخية وشكل هذه التولدات الدرنية يكون مستديرا غير منتظم ومتكونا من تولدات درنية حبيبية مجتمعة مع بعضها أو تتكون من أورام درنية جبنية وهذه الاورام تكون محاطة بطبقة خلوية و يندرأن تكابد هذه التولدات الدرنية الاستحالة الكلسية وتتلاشى بالكلية وتكون كهفا مشتملا على مواد صديدية

وأما الاورام الصمغية الزهرية فيندرأن توجد فى الدماغ على شكل عقد والغالب على شكل ارتشاح فالاورام الزهرية الصمغية العقدية تمتد من حافتها الى جوهر الدماغ بكيفية تدريجية وحيث ان هذه التعقدات يعتريها من مركزها ضمور واستحالة شحمية فى أخليتها وتستحيل الى مادة شبيهة بالدرن الاصفر فحينئذ تشبه هذه الاورام بالدرن الدماغى فيجتنب الوقوع فى هذا الالتباس بالالتفات الى أنه فى الاورام الصمغية الزهرية يحصل امتداد المركز الجبنى نحو العرض على هيئة هالة سنجابية دائرية بالتدريج وأما فى الدرن الدماغى الاخذ فى النمو فتكون هذه الهالة أكثر اندماجا وتابعة لبعضها ولا توجد هذه الهالة فى الدرن الذى يمكن نزعه من الدماغ وأما الاورام الزهرية المرتشحة فانها تشابه بالنسبة لقوامها وخواصها عند شقها بورات الدماغ المتيبسة القديمة البسيطة مشابهة تامة بحيث لا يمكن فى جميع الاحوال الحكم

على طبيعتها ولو بالبحث المكرسكوبى
وأما الاورام المتكيسة فلا يندر وجودها فى الدماغ وفى الغالب يوجد معها عدد عظيم من أورام متكيسة فى المنسوج الخلوى تحت الجلد والمنسوج العضلى أيضا والغالب ان يكون مجلسها الجوهر السنجابى للدماغ
وانذر من هذه الاورام حصولا فى الدماغ الاورام الايكنوكوكية وهى تكون أوراما حويصلية محاطة بطبقة رقيقة ومشتملة على الديدان الحويصلية المعروفة بالايكنوكوك أى الديدان ذات الكلاليب
وأما انوريزما اوعية الدماغ فليست كثيرة وأكثر حصولها فى شرايين قاعدة الدماغ ولاسيما فى تفرعات الشريان الفقرى وشرايين الجسم المندمل وشريان فرجة سلفيوس والمنطقة الشريانية للعلم وليزى وفى الاحوال النادرة يصل حجم هذه الاورام الانورزماوية الى حجم البيضة الصغيرة ولكن الغالب ان يكون من حجم حبة العدسة الى الكرزة

(الاعراض والسير)

أما اعراض أورام الدماغ فلها مشابهة عظيمة باعراض الاصابات البورية التى بيناها فيما سبق فانه لا يوجد عرض يحصل فى أثناء سير ورم دماغى ولم يشاهد فى أثناء سير لين الدماغ أو خراجه أو غيرهما من الاصابات البورية مثلا وهذا التطابق والتشابه فى الاعراض ليس من المستغرب بل لو كان ذلك ليس هو الواقع لما امكننا فهمه فانه بواسطة كل ورم دماغى يحصل فساد فى جزء محدود من الدماغ وضيق فى متسع تجويف الجمجمة واضطراب فى الدورة حول البورة المرضية كما يحصل بغير هذا المرض من الاصابات البورية ومع ذلك فالاحوال التى فيها يتعسر أو يتعذر معرفة ورم الدماغ وتمييزه عن خراج فى الدماغ أو غيره من الاصابات البورية تعد من النوادر العظيمة وهذا التناقض البين يوجه بكونه ولو مع عدم وجود اعراض ملازمة مشخصة لاورام الدماغ يمكن ولابد فى تشخيصها فى معظم الاحوال الى معرفة السبب أو مجلس الورم واثبات وجوده فى محل يكثر فيه وجود الاورام الدماغية ويندر فيه وجود اصابات بورية أخرى وبالجملة فيمكن الى كيفية سير المرض الخاص باورام الدماغ

فاما الارتكان الى معرفة السبب فهو فى الغالب سلبى فانه من الواجب فى كل مرض دماغى التمسك الكلى بمعرفة تاريخ المرض والتأكد من السبب الذى أحدثه فان ثبت ان المريض لم يعتره اصابة جرحية جمجمية ولم يكن مصابا بتسوس فى أحد عظام الجمجمة وليس عنده ضخامة فى القلب ولا ورم فى الصمام ولا استحالة مرضية فى الشرايين وبعبارة أخرى لم يتحقق من سبب المرض فوجب الظن ابتداء بوجود ورم دماغى ثم اننا قبل الشروع فى شرح الاحوال التى فيها يسهل معرفة أورام الدماغ مع التأكيد نبدأ ببعض كلمات على الاحوال النادرة التى فيها لا تحدث أورام الدماغ اعراضا أو تسير بصورة مرضية تعلن بوجود مرض دماغى ثقيل لكن لا يتأكد منه ان هذه الصورة المرضية متعلقة بورم دماغى وهذه الاورام الدماغية الكامنة السير يكون مجلسها ولابد فى محال فى الدماغ فيها لا ينجم عن تلك الاورام ترتك فى المراكز الدماغية لاعصاب الدماغ ولا انقطاع فى توصيل التنبيه بواسطة الياف الاعصاب الدماغية المركزية أو الدائرية (أعنى المتجهة من الدائرة للمركز والعكس بالعكس) أعنى فى الجوهر الابيض الممتد فى النصفين الكرويين العظيمين فقد تصل الاورام الدماغية أحيانا فى هذه الاجزاء الى حجم عظيم جدا بدون ان تؤدى لظواهر بورية بخلاف وجودها فى أغلب اجزاء قاعدة الدماغ أو بقرب العقد العظيمة فانها ولو صغيرة جدا تصطحب ولابد بظواهر بورية بل والاورام الدماغية التى يكون مجلسها الجوهر الابيض من النصفين الكرويين العظيمين لا يسير منها سيرا كاملا الا ما كان منها ذا نمو بطىء وليس كثير الاوعية بحيث انه بكثرة أو قلة امتلائها تنتفخ احيانا وتهبط أخرى ولاجل توجيه الظاهرة الواضحة المثبتة وهى ان الاعراض التى تصاحب الاورام ذات السير السريع تفقد غالبا عند ما يكون نمو تلك الامراض بطيئا قد قيل ان الدماغ فيه قابلية بها يمكنه التعود على أى ضغط يرتقى تدريجيا ونحن نقول ان التوجيه الآتى اقرب للعقل وهو أنه عند وجود أورام دماغية سريعة السير يحصل انضغاط فى الاوعية الشعرية وانطفاء فى وظيفة أجزاء الدماغ التى تكون مجلسا لها بخلاف الاورام البطيئة السير فانه يحصل فى محيط الورم ضمور فى جوهر

الدماغ

الدماغ وبذلك يكتسب مسافة بقدر الحيز الذى اخذه الورم فى نموه وحينئذ
لا يعترى الاوعية الشعرية فى الجزء المصاب انضغاط فلا تضطرب وظيفته
بل تتم على حالتها ومن الجائز ان يكون وجود الاعراض البورية للاورام
الدماغية أو فقدها فى الاورام الدماغية لانصفين الكريين العظميين ولو كان
المجلس والجم واحدا متعلقين أيضا بكون الالياف الدماغية تتزحزح فقط
أو ان تتكون الياف بدلها وتحل محلها ويكون بعض اشكال أورام
الدماغ تختلف من هذه الحيثية يتأكد بما ذكره المعلم (شوبل) الذى ذكر
بعض بيان مفيد بالنسبة لتركيب تلك الاورام ويكون حجم تلك الاورام
يتناقص احيانا ويزداد أخرى بسبب احتوائها على أوعية دموية كثيرة يزداد
امتلاؤها احيانا ويتناقص أخرى تكون فى سيرها مصحوبة بظواهر تهيج
موضعية أو ظواهر شلل أمر بين ولنذكر أخيرا ان الاورام الدماغية
التى تسير سيرا كامنا يكثر وجودها عن التى تصطحب بظواهر مرض دماغى
ثقيل غير واضح وينعكس الامر بالنسبة لخراجات الدماغ وهذا الاختلاف
يتعلق ولا بد بكون تغذية هذا العضو عند وجود بورة التهابية دماغية
تضطرب جدا زيادة عما يحصل من وجود تولد مرضى جديد

وأيضا الاورام الدماغية التى فى أثناء سيرها يمكن الوصول الى تشخيص
أكيد لا تبتدئ على الدوام بالاعراض المهمة فى فعل التشخيص أعنى
بالاعراض التى بيناها مع التوضيح جملة مرار وسميناها بالاعراض البورية
أعنى بظواهر الشلل وفقد الحساسية الجزئيين ففى كثير من الاحوال تكون
الظاهرة الاولى الوحيدة زمنا طويلا المتعلقة بوجود مرض دماغى هو ألم
الراس وهذا العرض وان كان يشاهد فى اثناء سير امراض الدماغ المختلفة
بحيث يجوز القول بانه لا يوجد مرض دماغى بدون أن يصطحب بألم فى الرأس
مع ذلك فانه لا يكون عرضا واضحا مستمرا شديدا مؤلما فى غير هذا المرض من
أمراض الدماغ ولا يشاهد بكثرة فى غير الاورام الدماغية والاحوال التى
فيها المرضى المعترية بهم أورام فى الدماغ ولا يتشكون بآلام فى الرأس
نادرة جدا بحيث ان فقد هذا الالم من مجموع اعراض أى مرض دماغى
ينافى نوعا وجود ورم دماغى والامر المعلوم من أنه يحصل ألم الرأس فى

اورام الدماغ التى مجلسها بعيد عن الاجزاء الحساسة لهذا العضو ويؤيد
رأى القائلين به من ان الم الرأس فى أمراض الدماغ ينبوعه الالياف
العصبية للتوأمى الثلاث المتوزعة فى الام الجافية ومجلس الالم لا ينبغى تعيين
مجلس الورم به الامع الاحتراس وانما الالم المستمر القاصر على القمحدوى
يستنتج منه مع التقرر يب ان خيمة المخيخ مكابدة لتوتر وانجذاب عظيمين وان
مجلس الورم فى الحفرتين الخلفيتين للجمجمة

وينضم لالم الرأس سيما الثور انه الغير المطاق غالبا الذى يتردد عادة بدون
أسباب مدركة زمنا فزمنا نوب دوار وقئ عند أغلب المرضى وهذا الامر
يساعد فى توجيه الم الراس وفى بيان تعلقه بورم فى الدماغ

والاعراض البورية لاورام الدماغ فيها تسبق غالبا ظواهر الخدر والشلل
الجزئيين ظواهر التهيج الموضعى وهى عبارة عن الثورانات العصبية الحسية
والآلام العصبية والاحساسات الغير المحدودة بتنمل أو اعتقالات عضلية
ونحو ذلك وهنالك أحوال فى أورام الدماغ فيها لا تبتدئ الاعراض بألم الرأس
بل بالاعراض السابق ذكرها وقد بينا فيما تقدم ان ظواهر التهيج الجزئية
متى طرأت عند وجود تغيرات جوهرية ثقيلة فى الدماغ تعتبر ولابد نتائج
واسطية لها وتتعلق حينئذ بالاضطرابات الدورية فى محيط تلك البورات
المرضية وقد بينا انها تحصل فى جميع الاصابات البورية المختلفة ولا تعتبر
فى حد ذاتها واصفة ومشخصة لواحد منها ومع ذلك فهنالك أمر مهم واصف
للثورانات العصبية الحسية والآلام العصبية والاعتقالات العضلية التى
تظهر فى أثناء سير أورام الدماغ ولظواهر الخدر والشلل التى تعقبها وذلك
ان تلك الاعراض البورية تكثر مشاهدتها عن جميع امراض الدماغ
التى سبق شرحها فى دائرة الاعصاب الدماغية نفسها ولا نعنى بذلك ان
ظواهر التهيج والشلل فى دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية نادرة كالفالج
أو انها تفقد بل ان كلا من الآلام العصبية والثورانات العصبية الحسية
والخدر أو التشنجات والشلل فى دائرة الاعصاب الدماغية بقطع النظر
عن باقى الاعراض يعضد القول فى كل حالة راهنة بان هنالك تولدا جديدا
فى الدماغ والتوجيه البسيط لهذا الامر المخصوص الذى نحن بصدده

هو

هوانه فى جميع الاصابات المرضية البورية التى سبق ذكرها كالدرن التدكرزى للدماغ والنزيف والالتهاب الدماغى بجميع انتهائاته يبقى التغير المرضى قاصراعلى دائرة الاعصاب الدماغية ماعدا استثناآت نادرة ولا يمتد الى الجذوع العصبية الناشئة من هذا العضو و ينعكس ذلك فى التولدات الجديدة للدماغ فانه يكثر فيها الامتداد من الدماغ الى الاعصاب الناشئة منه بل انها فى احوال عديدة تنشأ من اللفائف الدماغية او قبوة الجمجمة ولا يندر انها قبل امتدادها للدماغ تبدد بعض الاعصاب الناشئة منه ولنذكر امرا آخر مهما فى التشخيص نبه عليه ابتداء المعلم سمسن وهو ان معظم شلل الاعصاب الدماغية الذى ينتج عن تولد مرضى جديد سواء كان ينبوعه الابتدائى من الدماغ او من عظام الجمجمة ثم امتد الى الدماغ نفسه يكون دائريا بخلاف شلل الاعصاب الدماغية الذى يحصل فى باقى الاصابات المرضية الاخرى للدماغ فيكون ينبوعه مركزيا ومن المعلوم ان حالة الاعصاب والعضلات عند تأثير التهيج الكهربائى علامة مميزة مع التأكيد بين الشلل المركزى والدائرى ففى الشلل المركزى تنقبض العضلات متى اثر احد اقطاب الجهاز الكهربائى المتقطع على عصب ما بخلافه فى الشلل الدائرى فان الانقباض لا يحصل وعلى حسب ذلك يجوز القول بانه عند وجود اصابة بورية فى الدماغ يدل مع التقريب الشلل الحاصل فى الاعصاب الدماغية سيما متى لم تنقبض العضلات المشلولة عند تهيج اعصابها بواسطة التيار الكهربائى على وجود تولد مرضى جديد

واكثر مايصاب من الاعصاب الدماغية هو العصب الوجهى ثم المحرك المشترك للمقلة والمقرب لها واما شلل الجزء الصغير من التوامى الثلاث فيعد من النوادر وعين ذلك يقال بالنسبة للشلل التام للعصب تحت اللسان والالياف المحركة من اللسان البلعومى واما الشلل الغير التام لتلك الاعصاب الذى يتضح باضطراب المقاطع الصوتية والازدراد فكثير الحصول والشلل الدائرى للعصب الوجهى الناشئ عن اورام دماغية يسبق احيانا بانقباضات تشنجية فى عضلات الوجه واما شلل العصب المحرك للمقلة الذى يتضح بتمدد الحدقة والفزع من الضوء واضطراب حركة المقلة

أو بازدواج الابصار والحول فانه يسبق بانقباضات تشنجية فى عضلات
العين وشلل العصب المبعد للمقلة يؤدى متى كان العصب المحرك المشترك
لها سليما الازدواج فى الابصار وحول مقرب واغلب المرضى يشكى قبل ان
يحدث تبدد الياف العصب التوامى الثلاث تفقد حساسية جهة الوجه
المسامتة والمقدمة وتجويف الفم والانف بآلام شديدة فى جميع الاجزاء
المتوزع فيها هذا العصب ولا يندر أن تستمر تلك الآلام فى أثناء فقد
الاحساس (وهذا مايسمى بالخدر المؤلم) وأما ضعف السمع أو الصمم التام
الناشئ عن فساد العصب السمعى فيسبق عادة مدة متفاوتة من الزمن بطنين
متعب فى الاذن وكذا اضطرابات الابصار التى ترتقى الى العمى التام فكثيرة
الحصول جدا فى أورام الدماغ لكنها لا تحصل فى جميع الاحوال بواسطة
اصابات لاواسطية فى العصب البصرى وتصالبه أو امتداده البصرى او
الحدبات التوامية الاربعة فانه لا يندر ان يكون مجلس الورم الدماغى بعيدا
عن هذه الاجزاء كباطن النصفين الكريين العظيمين أو باطن المخيخ مثلا ومن
الخطأ القول بان الضغط فى مثل هذه الاحوال يمتد بواسطة جوهر الدماغ
الحائل الى العصب البصرى ويضغط عليه نحو قاعدة الدماغ فيحدث فيه
ضمورا والذى يظهر لى منافيا للحقيقة هذا التوجيه هو الاعتبار الآتى وهو
أنه فى احوال العمى بواسطة أورام مجلسها باطن النصفين الكريين العظيمين
أو المخيخ ان الاعصاب المحركة للمقلة التى توجد على حالة مشابهة لحالة
العصب البصرى لا يحصل فى الاعصاب شلل مطلقا وكثير من أحوال قصر
النظر والكمنة فى أورام الدماغ تتعلق باحتقانات وريدية فى العين وبتغيرات
جوهرية تابعية فى الشبكية والعصب البصرى وتحصل بالكيفية الآتية
وهو أن الجيب المجوف ينضغط فيحصل عوق فى استفراغ الدم من أوردة
العين واما الاورام الكائنة فى الحفرتين الخلفيتين من الجمجمة فلا تحدث هذه
النتيجة الا متى ادت لحصول انسكابات عظيمة بواسطة الضغط على محل تفمم
الوريد العظيم لجاليانوس فى الجيب المستقيم وحيث ان التولدات المرضية
الجديدة التى تفسد العصب البصرى لا تصيب العصب المحرك للمقلة الا نادرا
نعتبر أن وجود اضطرابات فى حركات المقلة او فقدها علامة اكيدة فى التمييز

بانه عند وجود ورم فى الدماغ تكون الكمنة متعلقة بفساد فى الاسرة البصرية او تصالب العصب البصرى او العصب البصرى نفسه او بان كانت ناتجة عن اضطرابات دورية فى المقلة والبحث بالمرآة العينية قد يدلنا دلالة مهمة فى هذا الامر وكذا تغيرات العصب البصرى التى تظهر بالمرآة العينية عند حصول فقد الابصار بواسطة اورام دماغية والاستنتاجات التى تؤخذ منها هى

أولا الانتفاخ العظيم البسيط للحلمة البصرية مع تعرج عظيم فى الوريد المركزى للشبكية وهذا يدل على وجود احتقان وريدى احتباسى ناتج عن عوق استفراغ الدم الوريدى وهذا الاحتقان يشاهد بكثرة على حالته البسيطة فى احوال الاورام المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة

ثانيا الانتفاخ الالتهابى الخفيف فى الحلمة البصرية مع احتقان وريدى قليل الوضوح ودرجة التهاب خفيف فى الشبكية وهذا ينشأ عن التهاب فى الغمد العصبى والعصب البصرى نفسه وهذا الالتهاب يمتد الى الشبكية (وهذا ما يسمى بالالتهاب الشبكى الساقط) ويصاحب التغيرات المرضية داخل الجمجمة التى هى بحسب صفاتها التشريحية ومجلسها تحدث تهيجات فى الاجزاء المذكورة

ثالثا ضمور العصب البصرى وهو يحصل اما حصولا اوليا عقب الاصابة اللاواسطية للعصب البصرى فى جهة الورم او من تغير مصائى ممتد او نحو ذلك او انه يحصل حصولا ثانويا و يكون هو الدور الانتهائى للتغيرين السابق ذكرهما

ثم ان الاضطرابات الحسية الجزئية واضطرابات الحركة التى تحصل فى الاعصاب الدماغية الشوكية عند وجود اورام فى هذا العضو لا تتميز عن غيرها من الاضطرابات التى تصاحب غيرها من الاصابات البورية وهى عبارة عن آلام عصبية او احساسات غير محدودة بالاكلان او التنمل او الخدرا ونحو ذلك او الخدر التام وتكون اما ممتدة فى اجزاء بعيدة او محدودة على دائرة صغيرة وعين ذلك يقال بالنسبة للاعتقالات العضلية والانقباض العضلى والتشنجات لكن يغلب وجود الفالج اى الشلل النصفى

الجانبى زيادة عن غيره من اشكال الشلل
وعند وجود ظواهر مرضية فى دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية والدماغية تكاد تظهر على الدوام الصفة المخصوصة وهو ان بعضها يظهر فى جهة من الجسم والآخر فى الجهة الثانية وهذا التصالب يوجه بالكيفية الاتية وهى ان كلا من الشلل والخدر ونحو ذلك الحاصل فى دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية ينتج عن اصابة فى الالياف العصبية التى تتصالب بعد اصابتها بخلاف كل من الشلل والخدر ونحو ذلك الحاصل فى دائرة الاعصاب الدماغية فانه ينتج عن فساد فى الياف عصبية بعد تصالبها
وكل من حصول ظواهر التهيجات الجزئية والشلل وامتدادهما يكون بطيئا على حسب النمو البطىء لاغلب اورام الدماغ فكثير من المرضى لا يمكنه الافصاح مع التأكيد عن الزمن الذى ابتدا فيه مرضه وهذا الامر يمكن الاستعانة به فى الحالة الراهنة على بيان التشخيص فانه بمثل هذا السير يمكن نفى وجود اغلب الاصابات البورية الدماغية لكن لا يندر ان تتضح تلك الظواهر البورية بكيفية فجائية وذلك يشاهد على الخصوص فى الاحوال التى فيها يحصل فى الاورام الدماغية الكثيرة الاوعية ازدياد عظيم فى الحجم عقب امتلاء اوعيتها او عقب النزيف منها او فى الاحوال التى فيها تصاب الاجزاء المحيطة بالورم بتغيرات التهابية اولين او انزفة شعرية وفى مثل هذه الاحوال الاخيرة متى طرات ظواهر الشلل فجأة وكان الورم كامنا قبل ذلك يكاد لا يمكن تجنب الوقوع فى الاشتباه بينها وبين النزيف الدماغى فهناك أومثلة عديدة فيها تغيهب الامر ووقع الاختلاط فى التشخيص من الاطباء الاكثر تمرنا فى ذلك لكن ان كان هناك شك قبل وقوع ذلك فى وجود ورم دماغى فلا ينبغى الوقوع فى الخطا فى حصول مثل هذا العارض فان أورام الدماغ كثيرا ما يشاهد لها ادوار ازدياد فى اثناء سيرها
واما نوب التشنجات الصرعية فتكثر مشاهدتها فى اورام الدماغ زيادة عن غيرها من الاصابات البورية لكن من المستغرب غير الواضح كونها لا تشاهد الا اذا كان مجلس الورم الدماغى فى النصفين الكريين العظيمين سيما بقرب الجوهر القشرى واما الاضطرابات العقلية فانها تفقد فى كثير

من الاحوال فى مدة جميع سير المرض فيظهر فى الحقيقة ان الوظائف العقلية للدماغ لا تضطرب الا متى كان الجوهر القشرى لكلا النصفين الكريين العظيمين مصابا بتغيرات جوهرية أو باضطرابات دورية ثقيلة والصفة المخصوصة لبعض الاحوال التى تستثنى بالنسبة لسلامة الوظائف العقلية تؤيد حقيقة هذا الرأى بمعنى ان الانحطاط العقلى الذى شرحناه عند الكلام على الخراج الدماغى لا يفقد فى الاورام الدماغية الا متى انضم لها اعراض الالتهاب السحائى الممتد المزمن أو متى كان الجوهر القشرى لكلا النصفين الكريين محل اورام متعددة (كالاورام الحويصلية الديدانية) او متى اعترى اوعيتها الشعرية انضغاط بواسطة اورام مضيقة لمتسع الجمجمة فى كلا النصفين الكريين العظيمين او بواسطة انسكابات غزيرة ثانوية فى الجيوب المخية وفى الاحوال النادرة التى فيها الاورام الدماغية تثقب الجمجمة تظهر اعراض واصفة خلاف الاعراض السابق ذكرها والانثقاب يحصل عادة فى العظم الجدارى والصدغى وقسم جذر الانف ويندر ان يحصل فى القمحدوى وفى محل الانثقاب يسقط الشعر ويحمر الجلد ويتكون فيه اوعية دوالية كثيرة و يندر تقرح الجلد وانثقابه وبالجس يحس حول الورم الذى يكون غالبا رخوا اذا تحدبات بحافة عظمية واضحة وتحرك الورم عند التنفس عرض واصف لكن لا يوجد دائما وقد يتيسر احيانا رد الورم وعند اجراء هذه التجربة التى بها يضيق متسع تجويف الجمجمة فجأة ويمتنع هروع الدم الشريانى نحو الدماغ تظهر عادة نوب فقد الادراك والتشنجات ثم ان كلا من حالة التغذية والصحة العامة وباقى الوظائف الجسمية غير المتعلقة بالدماغ لا يظهر فيه تغير مدة من الزمن فى كثير من الاحوال كما أنه يظهر فى أحوال أخرى كان الوظائف العضوية تتم ببطء فكل من ضربات القلب والنبض يكون بطيئا وتقل سرعة التنفس ويعتقل البطن ويقل افراز البول وبذلك يظهر ان امتلاء الجسم وسمنه يزداد بكيفية واضحة وفى أحوال اخرى تطرا النهوكة بسرعة فتنحف المرضى ويجف الجلد ويصير قحلا وتصاب الاغشية المخاطية سيما الملتحمة بالسيلان ثم تظهر الغنغرينة الوضعية والانتفاخ الاستسقائى فى الساقين والقدمين ثم ان سير

اورام الدماغ يظهر اختلافات عظيمة شرحهامع الايضاح يخرجناعن الموضوع بلاطايل والعادة ان يحصل فى اعراض اورام الدماغ ثوران ثم انحطاط ثم يصير مستمرامع الارتقاوالتزايد ومدة هذا المرض تستمر فى أحوال الاورام السرطانية مدة أشهر الى سنة وازيد وأما فى الاحوال غير السرطانية فتستطيل مدتها جدا أعنى جملة سنين

والانتهاء الاعتيادى لاورام الدماغ بل الوحيد لها هو الموت وان لم يحصل بسرعة عقب ظهور مضاعفات أوامراض طارئة أخرى يظهر قبل حصوله تضايق متسع بجويف الجمجمة مع اتضاحه تدريجا فالمرضى تقع فى حالة كوما عميقة تؤدى الى الموت ومن النادر معرفة مجلس ورم الدماغ وحجمه مع التأكيد لكن الغالب الحكم على ذلك بالتقريب وعلى مجلسه بان كان فى النصفين الكريين العظيمين أو الحدبة المخية أو المخيخ أو فى قاعدة المخ أو سطحه المحدب والتشخيص الاكيد بالنسبة لحقيقة مجلس الورم الثابت بالصفات التشريحية لاينسب لدقة الطبيب المشخص له بل لوضوح الحالة المرضية فان احد أورام قاعدة الدماغ ان نتج عنه فقد وظيفة عدد عظيم من الاعصاب الدماغية احدها بعد الاخر على التعاقب مع صيانة الاعصاب المجاورة امكن أى طبيب عنده بعض المام بتشريح الدماغ معرفة مجلس الورم وحدوده مع التأكيد تقريبا ومع ذلك فمثل هذه الاحوال التى نرغب فى نشرها بالجرانيل الطبية يعد من النوادر

ولو اردنا ذكر جميع الامور التى ينبغى اعتبارها بالنسبة للوقوف على حقيقة مجلس الورم خلاف اصابة الاعصاب الدماغية كلا على حدته لطال علينا الامر فلذا نقتصر على البيان الاتى وهو ان وجود شلل نصفى جانبى يدل على ان مجلس الورم اما فى أحد النصفين الكريين العظيمين (وهو الغالب) أو فى أحد فخذى المخ أو فى احدى جهتى القنطرة أو فى احد نصفى المخيخ فالاورام التى يكون مجلسها أحد النصفين الكريين يكون الشلل النصفى الجانبى واضحا عادة بمعنى ان النصف الآخر من الجسم يكون خاليا بالكلية عن ظواهر الشلل والاورام التى يكون مجلسها أحد فخذى المخ يكاد

يكون

يكون فيها دائما مع شلل نصف الجسم المقابل شلل فى العصب المحرك للمقلة فى الجهة التى يكون فيها الورم مسامتا والاورام التى يكون مجلسها أحد جهتى القنطرة يوجد فيها بجوار الشلل النصفى الجانبى وفقد الاحساس النصفى الجانبى أيضا فى الجهة المقابلة شلل وضعف احساس فى العصب الوجهى للجهة المسامتة لمجلس الورم والاورام التى يكون مجلسها المخيخ لا يوجد فيها الشلل النصفى الجانبى على الدوام كما تقدم وان وجد لا يكون واضحا بل عند الى الجهة الاخرى من الجسم بدرجة خفيفة لا سيما الى عضلات العمود الفقرى وضعف حركة العضلات المنوطة بتقوس العمود الفقرى واستقامته وحركاته الجانبية يظهر ابتداء على شكل مخصوص من الدوار كما بيناه فيما تقدم مع الوضوح وعلى شكل اهتزاز فى الجذع عند المشى ونحوه ثم فيما بعد يظهر على شكل عدم صلابة فى الجسم بحيث ان المرضى تسقط وهى جالسة ولا يكون لها قدرة على تحريك جسمها ما لم تكن مسندة من تحت الابطين وأما الشلل المزدوج فانه يشاهد فى الاورام التى يكون مجلسها النصفين الكريين معا والتى يكون مجلسها الاجزاء المتوسطة من القنطرة واورام النخاع المستطيل وقد ذكرنا فيما تقدم عند شرح كل عرض على حدته ان التشنجات الصرعية تدل مع التقريب على ان مجلس الورم بقرب الجوهر القشرى من النصفين الكريين العظيمين وان الآلام القمحدوية تدل على ان مجلس الورم فى الحفر تين الخلفيتين من الجمجمة وان اضطراب الوظايف العقلية يدل اما على وجود جملة أورام فى الجوهر القشرى لكلا النصفين الكريين العظيمين أو على وجود التهاب سحائى او استسقاء دماغى تابعى ويظهر لى انه لم يعتن الى الان الا قليل بانه فى احوال الاورام الضيقة لمتسع تجويف الجمجمة الكائنة فى الحفر الخلفية للجمجمة التى تعوق استفراغ الدم من الجيوب المخية وتؤدى لانسكاب غزير ان الادراك الذى يكون سليما فى الابتداء يكاد يضطرب على الدوام فى الادوار الاخيرة اضطرابا عظيما ومع هذه الاعتبارات القوية للامور السابق ذكرها لا بد من الوقوع فى الخطا بكثرة ولذا كان من الجيد ان المؤلفين المشتغلين بفننا هذا كل الاشتغال يشهرون تشخيصهم المخطئ كما يشهرون تشخيصهم المصيب وبذلك فقط يمكن

الارتكان الى الحكم على درجة قوة الوسايط المشخصة لاورام الدماغ وتحديد مجالسها

ثم ان العادة المنتشرة فى تسمية كل من الاشكال المختلفة من التولدات الجديدة وانوريزما شرايين الدماغ بل والتولدات الطفيلية السابحة فيه باورام الدماغ سببها الوحيد هوان الاحوال التى فيها تعرف مع التأكيد طبيعة الورم مدة الحياة نادرة فانه ان ظهرت اعراض ورم دماغى فى شخص ثبت عنده وجود اورام سرطانية أودرن أو انوريزما أوتولدات طفيلية فى اعضا أخرى جاز الظن بان ورم الدماغ من نفس طبيعة الاورام الموجودة لكن بقطع النظر عن وجود درن دماغى عند الاشخاص المصابين بالسل واورام زهرية دماغية عند الاشخاص المعتريهم اورام زهرية فى اعضاء اخرى فان هذا الارتكان فى التشخيص يفقد فى معظم الاحوال فان سرطان الدماغ يكون فى الغالب مرضا اوليا قائما بنفسه وانوريزما شرايين الدماغ يكون غالبا هو الوحيد فى الجسم وسبح الديدان الحويصلية والايكنوكوكية يكون فى الغالب قاصرا على المخ

وقد يرتكن فى الحكم على طبيعة الورم الى سن المرضى فان الاطفال يوجد عندهم الدرن وأما الكهول سيما الشبان فتوجد عندهم التولدات الجديدة الجيدة سيما السركوم (أى الورم اللحمى) والجليوم (أى الورم الغددى) وعند الشيوخ يكثر وجود السرطانات

﴿المعالجة﴾

كما أنه لا يمكن بواسطة الحمية القاسية جدا واستعمال المركبات اليودية والزئبقية وغيرها من الجواهر الدوائية القوية التأثير تحليل الاورام السرطانية واللحمية وغيرها من التولدات الجديدة المرضية فى اعضاء اخرى فكذلك لا تثمر هذه الطرق العلاجية فى اورام الدماغ فانها تسرع فى الانتهاء المحزن بدلا عن تأخيره وانما حيث دلت التجارب الجديدة على ان بعض التولدات الجديدة يمكن تصغير حجمها بواسطة الحقن بالزرنيخ فى الورم فمن الجائز استعمال هذا الجوهر من الباطن اوالحقن تحت الجلد فعالجة الاورام الدماغية لا تكون حينئذ الا تسكينية اوعرضية ولا ينبغى استعمال الوسائط

العلاجية التى تتعب منها المرضى مثل الحزام فى القفا وفتح الجصة ونحو ذلك فانها لا فائدة فيها فمن الجيد فقط الاجتهاد فى صون المريض بأى طريقة كانت من الاحتقانات المخية التى بواسطتها كثيرا ما تنتفخ الاورام الدماغية وتحتقن فينتج عنها عوارض خطرة مع ترتيب التدبير الغذائى الجيد واحداث تبرز منتظم ونحو ذلك والنوب السكتية والعوارض الالتهابية تعالج على حسب القواعد التى بيناها فيما تقدم بواسطة الاستفراغات الدموية العامة والموضعية والمكمدات الجليدية على الراس ونحو ذلك وعند وجود آلام شديدة فى الراس تستعمل الاستفراغات الدمويه الموضعية والمكمدات الباردة على الراس والمصرفات على القفا وان لم تثمر هذه الوسائط وجب استعمال المسكنات بقوة وعلى الخصوص يعطى المرضى مقادير صغيرة من المورفين او الحقن تحت الجلد به وانما متى ظن بان المريض معتريه ورم زهرى دماغى وجب بدلا عن المعالجة العرضية استعمال معالجة مضادة للداء الزهرى قوية وليس من الجيد فى الطب العملى تأخير تلك المعالجة او تركها ولو لم يتحقق من الطبيعة الزهرية للمرض فقد دلت التجارب على ان التغيرات الجوهرية الزهرية ولو الثقيله قابلة للشفاء واما معالجة الاورام السرطانية أو اللحمية فليس فيها ادنى ثمرة ولذا لا نخشى شيأ من المعالجة فضلا عن ثمرتها العظمى عند الظن بوجود ورم زهرى دماغى عند المريض فتجرى المعالجة المضادة للداء الزهرى بواسطة المركبات الزئبقية ابتداء ثم المركبات اليودية فيما بعد كان التشخيص اكيد

(المبحث الرابع عشر)

فى الانسكاب المصلى لتجويف الجمجمة المتعظم

(المعروف بالاستسقا الدماغى العارضى)

قد ذكرنا فيما تقدم شكلا من الاستسقاء الدماغى العارضى وهو الذى يصاحب على الدوام الالتهاب السحائى القاعدى وسنتكلم فى المبحث الاتى عند الكلام على الاستسقاء الدماغى الخلقى على الانسكاب الدماغى الذى يحصل بعد الولادة بزمن قليل مثل انسداد التداريز واستكمال تعظم الجمجمة ولا نتعرض فى هذا المبحث حينئذ الا لشكل الانسكابات

المصلية التى تحصل فى الجمجمة بدون التهاب سحائى قاعدى

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

يندران يشاهد هذا الانسكاب المصلى داخل تجويف العنكبوتية وان حصل فلا يصل الى درجة عظيمة مطلقا والغالب ان يشاهد هذا الانسكاب فى المسافات تحت العنكبوتية أو يشاهد اوذيما جوهر المخ وانسكابات مصلية فى جيوبه وهذا الشكل يسمى بالاستسقاء الدماغى الباطنى تمييزا له عن الشكل الاول المسمى بالاستسقاء الدماغى الظاهرى

ثم ان الانسكابات المصلية الدماغية اما ان تكون ناشئة عن ازدياد فى الضغط الجانبى للاوعية اوعن تناقص فى كمية المادة الزلالية المحتوى عليها سائل الدم اوعن اضطراب فى الوظائف الغذائية لجدر الاوعية بحيث يسهل نفوذ سائل الدم منها والاستسقاء الدماغى العارضى الذى يكون من جملة ظواهر الاستسقاء العمومى سواء كان هذا الاخير متعلقا باضطراب فى الدورة او بتغير فى صفات الدم (كما فى داء برايت) لا يصل لدرجة عظيمة الا فى احوال استثنائية ولو انه يشاهد احيانا موت فجائى مدة سير بعض الامراض الناشئ منها الاستسقاء العمومى و ينسب ذلك لانسكاب قليل فى الجيوب المخيه ولحالة اوذيماوية عظيمة فى المخ وكثيرا ما تحدث اورام الدماغ وغيرها من التغيرات المرضية للحفر الخلفية من الجمجمة درجة عظيمة جدا من الاستسقاء الدماغى اما بضغطها على اوردة جليانوس العظيمة او الجيوب المستقيمة فتعوق استفراغ الدم منها واما الاستسقاء الدماغى الناشئ عن اضطراب غذائى فى جدر الاوعية فكثيرا ما يكون مرضا مستقلا و يماثل حينئذ بعض التغيرات الالتهابية التى تحصل فى غير المخ من الاعضا فيشابه بعض الالتهابات الجلدية المصحوب بتكوين فقاعات مصلية عظيمة وهذا الشكل من الاستسقاء الدماغى اكثر ما يشاهد فى الاطفال وان شوهد فى غير هذا السن فلابد وان يكون موجودا فى سن الطفولية و يؤيد ذلك ما شاهده المعلم هوب فانه وجد عند البحث عن سائل الاستسقاء الدماغى المزمن انه مختلف فى التركيب و يحتوى على كثير من المواد الزلالية زيادة عن السائل الدماغى الشوكى الطبيعى وهناك شكل آخر من الاستسقاء

الدماغى الفراغى الذى يلازم على الدوام كل تناقص فى حجم المخ سواء كان هذا التناقص عموميا كما يحصل عند التقدم فى السن (ويسمى بالاستسقاء الدماغى الشيخوخى) اوكما يحصل عقب ضمور المخ ضمورا جزئيا

﴿الصفات التشريحية﴾

السائل المجتمع فى الكيس العنكبوتى لا يمكن تعيين كميته غالبا فانه يختلط على الدوام عند نزع المخ من الجمجمة بالسائل الاتى من المسافات تحت العنكبوتية لكنه لا يصل كما ذكرنا الى كمية عظيمة مطلقا

واما السائل المنسكب فى المسافات تحت العنكبوتية فتارة يكون منتشرا باستواء على سطح المخ وتارة بغير استواء وفى الحالة الاخيرة تكون العنكبوتية اكياسا متفرقة ممتلئة بمادة مصلية واما اوذيما المخ فتتضح فى احوالها الخفيفة باللون اللامع الرطب فى سطح الشق وبتناقص فى تماسك جوهر المخ بعد بعض زمن وفى الاحوال الشديدة للاوذيما المخية يكون تماسك المخ مسترخيا وبالضغط على جزء منه يتجمع فيه عما قليل جزء من السائل وعند ارتقا درجة الاوذيما جدا يتغير جوهر المخ بسبب الاوذيما ويستحيل الى عجينة رقيقة مبيضة (وهذا ما يسمى باللين الاستسقائى للمخ)

وأما فى احوال الاستسقاء الدماغى الحاد الباطنى فيندر ان تزيد كمية السائل المجتمع فى الجيوب المخية عن نصف اوقية الى اوقية ويكون اما صافيا أو متعكرا بسبب اختلاطه ببعض أخلية بشرية أوندف او تعقدات اوبقايا بعض اجزا المخ المنفسدة ويكون كل من جدر الجيوب المخية سيما الحاجز المتوسط والضفائر المشيمية فى حالة لين استسقائى وفى احوال الاستسقاء الدماغى الباطنى المزمن تكون الجيوب المخية متمددة تمددا عظيما وكمية السائل المجتمع فيهما من ٦ ل اواق الى ١٢ وسطح الجيوب المخية الباطنى متكاثفا ومغطى بطبقة حبيبية رقيقة وكذا جوهر المخ المحيط بها يكون متكاثفا ذا مقاومة

﴿الاعراض والسير﴾

من المعلوم انه بواسطة الانسكابات المصلية فى الجمجمة يتضايق متسعها كما يتضايق بواسطة الانسكابات الدموية أو المتحصلات الالتهابية وقد ذكرنا أنه من النتائج الضرورية لتضايق متسع تجويف الجمجمة عوق وصول الدم

الشريانى الى هذا التجويف وان الاعراض اللازمة للانيميا الشريانية المخية التى تحصل فجأة هى نوب فقد الادراك والتشنجات وان اعراض الانيميا الشريانية الدماغية التى تحصل بالتدريج هى ظواهر التهيج العام او الخمود للوظايف المخية وان اعتبرنا مع ذلك ان اجزا المخ المجاورة لجيوبه تلين فى احوال الاستسقاء الدماغى الحاد وتنفسد وتضمر فى احوال الاستسقا الدماغى المزمن امكننا وصف الصورة المرضية المطابقة للاستسقاء الدماغى الحاد والمزمن

اما الانسكابات المصلية العظيمة التى تحصل فجأة فى المخ وفى جيوبه فينتج عنها مجموع اعراض يعبر عنها بالسكتة المصلية بسبب مشابهتها للنوبة السكتية التى تنتج عن الانسكاب الدموى ولا حاجة لان نذكر طبقا لما تقدم ان تمييز السكتة المصلية عن السكتة الدموية غير ممكن فى كثير من الاحوال وانه فى الاحوال التى فيها يمكن فعل التشخيص التمييزى يرتكن فيها الى اعتبار الامور السببية التى ترجح القول باحد المرضين ونفى الاخر

ثم ان الاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال له سير مشابه لسير الاحتقانات المخية الشديدة او للدور الاول من الالتهاب السحائى الحاد فان نوب التشنجات الشديدة المصحوبة بفقد فى الادراك هى الظواهر الواصفة الكثيرة الحصول له فان تكررت هذه النوب مرارا كثيرة واستمرت نوبها جاز الظن بان الاحتقان ادى لنضح عظيم فى الجيوب المخية ويخشى ان هذا النضح لا يمتص بالكلية او لا يمتص منه الا القليل فيتخلف عن ذلك استسقاء دماغى مزمن

واما اعراض الاستسقاء الدماغى المزمن فاما ان تعقب اعراض الاستسقاء الدماغى الحاد او انها تحصل تدريجا ببطء من اول الامر وهى عبارة عن الم الراس والدوار وضعف الحواس سيما الابصار وضعف عمومى فى القوى العضلية او شلل غير تام بها يسبقه مشى اهتزازى وارتعاش فى الاطراف ومن الظواهر الملازمة لهذا المرض اضطرابات العقل سيما ضعفه الذى يؤدى لحصول البله وينضم لذلك عند بعض المرضى نوب تشنجات وقئ احيانا والنبض عند هؤلاء المرضى يكون بطيئا وتبرد اجسامهم بسهولة ويكون

عندهم

عندهم احيانا شراهية عظيمة للاكل وهيئة وجوهها منتفخة قليلا وتظهر أوعية دوالية فى الوجنتين ومن الواضح انه لا يجوز تشخيص الاستسقاء الدماغى الحاد بالاعراض المرضية المذكورة الا بعد نفى باقى امراض الدماغ التى لها مشابهة بهذا المرض ولذا لا يكون تشخيصه مع غاية التأكيد الا نادرا وسير هذا المرض بطىء للغاية وان لم يحصل الموت عقب اعراض طارئة اخرى حصل فيما بعد بسرعة عقب ازديادكمية النضح ازديادا سريعا أو تدريجيا وفى مثل هذه الاحوال يسبق الموت بحالة سبات تستمر جملة أيام

(المعالجة)

معالجة الاستسقاء الدماغى الحاد هى عين معالجة الاحتقان الدماغى الحاد والالتهاب السحائى الحاد أيضا وأكثر الوسائط العلاجية نجاحا فى الاستسقاء الدماغى المزمن هى الحمامات الباردة أو التشلشل مع التمادى زمنا طويلا

(المبحث الخامس عشر)

(فى الانسكابات المصلية لتجويف الجمجمة غير المغلقة أى التى لم تتعظم)
(يوافيخها المعروف بالاستسقاء الدماغى الخلقى)

(كيفية الظهور والاسباب)

من القريب للعقل جدا ان الاستسقاء الدماغى الخلقى ينتج عن التهاب فى جدر الجيوب المخية يقطع سيره مدة الحياة الجنينية واسباب هذا المرض مجهولة بالكلية فان هناك نساء يضعن جملة من اطفال مصابة بالاستسقاء الدماغى بدون معرفة اسباب ذلك

(الصفات التشريحية)

كمية السائل المنسكبة فى تجاويف المخ فى الاستسقاء الدماغى الخلقى تكون احيانا قليلة جدا واحيانا تصل الى كمية عظيمة من ستة ارطال الى عشرة وهذا السائل المصلى يكون صافيا شفافا وفى مثل هذه الاحوال تكون الجيوب المخية مستحيلة الى اكياس ذات جدر سميكة وجوهر المخ فى محيطها يكون مسترقا ضامرا ومكونا لطبقة سمكها يكاد لا يكون أزيد من خط والاجسام المضلعة والاسرة البصرية تكون منضغطة مفرطة ومتباعدة عن بعضها والحدبات التوأمية الاربعة مفرطحة أيضا والحواجز الجيبية

مسترقة والحاجز المتوسط بين الجيوب يكون منثقبا احيانا وكذا قاع الجيب
الثالث يكون مسترقا مندفعا وكل من القنطرة المخية والمخيخ بالنظر فيه من
الاعلى يوجد مفرطحا منضغطا
وفى احوال الانسكابات القليلة تكون الجمجمة حافظة لشكلها وأما فى أحوال
الانسكابات العظيمة فتتمدد تمددا عظيما والعادة ان يكون الراس عظيم الجم
عند الولادة لكن نموه اعظيما بعدها بحيث يبلغ محيطه قدمين وفى مثل
هذه الاحوال تكون عظام الجمجمة سيما الجبهى والجدارين متمددة تمددا
عظيما ومسترقة واليوافيخ تكون عريضة وتبرز الجبهة الى الامام والسطح
العلوى للحجاجين يندفع الى الاسفل فتصير فتحة الحجاجين شبه شق رفيع
مستعرض وكل من الجزء القشرى للعظم الصدغى والقمحدوى يكتسب
اتجاها أفقيا والتعظم الذى يتأخر حصوله فى مثل هذه الاحوال ان تم
يكون بواسطة اصفار متعظمة فى الاجزاء الغشائية الكائنة بين العظام
أو بتكوين عظام متداخلة بين عظام الجمجمة وقبوتها التى كانت قبل التعظم
رقيقة تصير فيما بعد سميكة جدا والجمجمة فى مثل هذه الاحوال تحفظ
شكلا غير منتظم أو شبيها بكرة

﴿الاعراض والسير﴾

كثير من الاطفال التى تولد مصابة بالاستسقاء الدماغى الخلقى تهلك حال
الوضع او بعده بقليل وغيرهم من الاطفال قد لا تشاهد فيهم ظواهر
مرضية فى الاسابيع الاول من الحياة متى كان تجويف الجمجمة غير عظيم
ويوجه ذلك بصعوبة الحكم على الوظائف العقلية فى هذا السن وبمرونة
العظام الجمجمية وتمددها تمددا تدريجيا وأما اذا حصل انسكاب عظيم فى
الجمجمة المنغلقة فلابد وان تتضح الاعراض الثقيلة لهذا المرض
والعادة ان تكون الظاهرة الوحيدة فى السنة الاولى من الحياة عظم الراس
وازديادحجمه ازديادا تدريجيا مع صعوبة حفظه على حالة استقامته
وان فقد تزايد حجم الجمجمة أو كان غير عظيم بحيث لا يدرك خفى هذا المرض
على الاطباء فى السنة الاولى بتمامها والامهات وان تعجبن بعد مضى
ثلاثة أرباع السنة الاولى أو أكثر من بقاء الطفل فى حالة خمود وليس عنده

نشاط

نشاط واجتهاد للمشي والتكلم وظن ان ذلك ناتج عن بطء نمو الطفل ونحوه فلا يستشرن الطبيب ولو استشرنه كان ذلك من قبيل تسكين روعهن لكن بعد هذه المدة تتغير حالة الطفل وتتضح فيفزع من اقل شئ أو يئن ويصيح بادنى سبب وتكتسب سحنته هيئة بشعة المنظر ويكثر اختلاج اطرافه ولا يعود ادراكه مثل باقى الاطفال التى فى سنه بحيث يوجه الاشياء التى لم توجهها الاطفال الذين بلغوا هذا السن الى فمه ولا يلتفت لشئ مما يقرب له بل يصير مضطرب او هيئة وجهه لا تدل على التنبه لما حوله وكثيرا ما يسيل اللعاب من فمه المنفتح نصف انفتاح وبهذه الكيفية يزداد اتضاح حالة الطفل ويتحقق من تعقلاته وعدمها وكثير من هؤلاء الاطفال لا يمكنهم تعلم المشى وان اجتهدوا فى ذلك تتصالب افخاذهم على بعضها ويصير مشيهم باهتزاز ويقعون بسهولة ولا يمكنهم التخطى والعادة ان لا يوجد اضطراب فى اعضاء الحواس وان وجد ثقل ظاهرى فى السمع تحقق بالبحث مع التدقيق انه نتيجة عدم الالتفات واما حاسة الذوق والشم فلا يمكن الحكم عليها عند مثل هؤلاء الاطفال الذين يعتريهم على الدوام حالة شره واما حاسة الابصار فالعادة ان تبقى سليمة لكن كثيرا ما يوجد عندهم حول أو تمدد فى الحدقتين

وفى الاحوال التى فيها يعظم حجم الرأس بسرعة ويزداد تسهل معرفة هذا المرض من الابتداء ولو ان الاعراض التى ذكرناها تكون عادة اقل وضوحا عن الاحوال التى فيها يكون عظم حجم الراس قليلا أو مفقودا فان كلا من صغر الوجه والسحنة الشيخوخية التى لا تطابق عظم حجم الجمجمة يكون معه زاوية حادة منتهية بالذقن وتمدد الاوردة المنتشرة فى جلد الجبهة والجدارين والشعر الرفيع المغطى للراس العريض وتقوس الاطراف تقوسا واشتميا وضعف النمو وعدم قدرة الطفل على موازنة الراس وسقوطه الى جميع الاتجاهات يصف هذا المرض وصفا واضحا محزنا بالكلية

ثم ان سير هذا المرض بقطع النظر عن نوب التشنجات الكثيرة المشاهدة فيه يكون اما منتظما آخذا فى التزايد على الدوام بحيث ترتقى اعراضه ارتقاء تدريجيا الى الموت عقب اتضاح اعراض الشلل أو يكون غير منتظم بحيث

تتناقص الاعراض احيانا وتقصر احيانا اخرى بل قد يحصل نوع وقوف وقتى
ولا يندر ان هذا المرض بعد ارتقائه الى درجة معلومة ينحط ويقف سيره بل
قد يزول جزء عظيم من اعراضه لكن لا يكون هذا الزوال تاما بحيث تعود حالة
الطفل الى الصحة التامة مطلقا بل الغالب ان يبقى عنده نوع ضعف فى
القوى العقلية

والانتهاء الاكثر حصولا لهذا المرض هو الموت وكثيرا ما يطرأ هذا الانتهاء
المحزن فى السنة الاولى من الحياة اما نتيجة المرض نفسه او التشنجات
الناشئة عنه التى تعقب بالكوما او بمضاعفات أخرى تطرأ على الطفل
وبتناقص متسع تجويف الجمجمة يكون خطره اعظم فى الاحوال التى فيها
تكون اليوافيخ مغلقة عن الاحوال المضادة لذلك فحياة الطفل تكون أكثر
تهددا متى كان حجم الراس طبيعيا تقريبا عن الاحوال التى فيها تكون
الجمجمة متمددة تمددا عظيما ومن النادر ان يحصل الموت عقب تمزق الجيوب
المخية تمزقا ذاتيا او عقب الصدمات الشديدة على الراس و يندر ان تجاوز
الاطفال المصابة بهذا المرض سن البلوغ وتجاوزها لهذا السن والوصول
الى سن الكهولة يعد من النوادر الغريبة جدا

﴿المعالجة﴾

جميع الوسائط المساعدة على الامتصاص كالمدرات البولية والمسهلات
الشديدة والمركبات اليودية والزئبق الحلو والمرهم الزئبقى ليس لها أدنى
تأثير فى الاستسقاء الدماغى الخلقى وانما شوهد منها بعض نجاح وشفاء فى
الاحوال المتقدمة من هذا المرض وكذا الضغط على الجمجمة المتمددة
تمددا عظيما بواسطة أشرطة من المشمع شبه القلنسوة الابقراطية ليس خاليا
عن الخطر ونجاحه قليل وان فعل يكون مع غاية الاحتراس والنتائج التى
تحصلنا عليها الى وقتنا هذا ببزل الجمجمة من اليوافيخ واستفراغ
السائل المصلى لا تشجعنا على فعل هذه العملية فان اكثر المرضى هلك بعد
البزل الاول او تكراره ولذا ينبغى قصر فعل هذه العملية على الاحوال التى
فيها يكون نمو الراس عظيما جدا وآخذا فى الازدياد على الدوام مع كون
الطفل لم يزل حافظا الصحة جيدة فى الظاهر وفى الغالب نقتصر فى معالجة كل

من الاستسقاء الدماغى الخلقى والعارضى على استعمال معالجة عرضية والاجتهاد فى منع الاطفال المرضى من التعرض للاسباب المضرة فيؤمر لهم زيادة عن الاغذية الجيدة بالاقامة فى الخلوات الجيدة الهواء مع معالجة داء الخنازير والراشتسم والانيميا على حسب القواعد المعتادة

﴿المبحث السادس عشر﴾

فى ضخامة الدماغ

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

حيث كان لا يحصل فى المرض المسمى بضخامة الدماغ نمو فى اجزائه العصبية الاصلية أعنى فى اليافه وخلياته العصبية بل الذى يحصل هو نمو فى المنسوج الرقيق الضام لهذه الاجزاء العصبية كان تسمية هذا المرض بالضخامة الدماغية غير موافق لكن يكفى بمجرد التنويه فى ذلك ليحترس من الوقوع فى الخطاء وحفظ هذه التسمية وليس من المحقق كون نمو هذا المنسوج الرقيق ناتجا عن احتقانات مستمرة أو متكررة أو عن أسباب أخرى

ثم ان ضخامة الدماغ قد تكون خلقية خصوصا فى أحوال النمو التوأمى والغالب ان يكون حصولها عقب الولادة فهذا المرض حينئذ خاص بسن الطفولية وكلما تقدم الشخص فى السن كان حصوله نادرا وضخامة الدماغ العارضية اى التى تحصل عقب الولادة تكون مصحوبة بحالة راشتيمية ونقص فى نمو الغدة التيموسية وضخامة فى العقد الليمفاوية (كما قاله روكتنسكى) و يعد من الاسباب المتممة لهذا المرض التنبهات العقلية المتكررة والافراط من المشروبات الروحية أو التسممات الرصاصية لكن بغير حق

(الصفات التشريحية)

يكون الدماغ خصوصا المخ فى هذا المرض أعظم حجما وثقلا عن الحالة الطبيعية وعند فعل الصفات التشريحية ونشر عظام الجمجمة يبرز جوهر هذا العضو بروزا عظيما بحيث لا يمكن عوده الى محله و يظهر ان تجويف الجمجمة لا يسعه والتجاويف تكون مسترقة خالية عن الدم ولا يوجد فى المسافات تحت العنكبوتية أثر من السائل والتعاريج المخية الكائنة على سطح النصفين الكرويين توجد مفرطحة ومتقاربة من بعضها والميازيب الكائنة

بينهما تكاد لاتدرك والمركز الدماغى نفسه يكون ذا قطر عظيم والجيوب المخية تكون ضيقة وجوهر المخ يظهر عند شقه كالمصايا خاليا عن الدم وكل من تماسكه ومرونته يرى متزايدا

ثم انه اذا حصلت الضخامة المخية قبل ان يتم انغلاق الجمجمة ازداد قطر تجويفها كما يشاهد ذلك فى الاستسقاء الدماغى الخلقى

وأما اذا حصل هذا التغير بعد انسداد التداريز فانه يحصل غالبا فى العظام الجمجمية امتصاص ورقة وفقدت الصفيحة الباطنة للعظام الجمجمية ملاستها ومن النادر ان يحصل عقب النمو المريع لهذا المرض انفتاح واسترخاء فى التداريز الجمجمية عقب انسدادها

الاعراض والسير

من الواضح ان ضخامة الدماغ تؤثر على الدورة الدموية فى باطن الجمجمة كغيرها من ازدياد محصل الجمجمة بمعنى انها تحدث عوقا فى وصول الدم الى الدماغ واستفراغه من أوعية ولذا كان هذا المرض مصحوبا تارة بظواهر تهيج ممتدة وتارة بظواهر شلل وكذا من الواضح أيضا ان هذه الاعراض كثيرا ما تفقد أو تشاهد بدرجة قليلة جدا مادامت التداريز الجمجمية غير منسدة وعظام الجمجمة متسعة تبعا لازدياد حجم المخ ومن المهم فى التمييز بين الاطفال المصابين بضخامة فى الدماغ والاطفال الذين يعتريهم عظم فى حجم الجمجمة ناتج عن الاستسقاء الدماغى الخلقى ان الاولين المصابين بالضخامة يكون عقلهم ناميا جدا بالنسبة لاجسامهم بحيث يلوح عليهم كثرة الذكاء والفطنة بخلاف الآخرين وهذا أعظم ما يرتكن اليه فى التمييز بين هذين النوعين ثم ان الظواهر المشاهدة الكثيرة فى هذا المرض خصوصا متى كان نمو الجمجمة غير عظيم أو غير تابع لتمدد المخ هى نوب التشنجات الصرعية ويظهر ان حصول هذه النوب وطروها متى أثر أى سبب يزيد فى الانيميا المخية التى توجد على الدوام فى مثل هذه الاحوال بحيث انه يمتد تأثير هذا السبب الغذائى الوقتى فترتقى الانيميا المخية الى درجة عظيمة جدا وأقل من ذلك مشاهدة ووصفا للضخامة المخية آلام الرأس والدوار والفزع من الضوء وثوران الحساسية العامة وتهيج

القوى العقلية والقئ زمنا فزمنا وهذه ظواهر يعقبها عند تقدم سير هذا المرض ضعف فى الحساسية العامة والانقباضات العضلية وخمود فى القوى العقلية وميل مستمر للنوم فهذا المرض لا يمكن تشخيصه مع درجة ما من التأكيد الا فى الاحوال التى تكون فيها الجمجمة عظيمة جدا مع التمكن من نفى وجود استسقاء دماغى ففى معظم الاحوال لا يمكن تشخيص هذا المرض ولو مع التقريب وسير الضخامة الدماغية مزمن على الدوام ومن المشكوك فيه انتهاؤها بالشفاء أحيانا والموت يحصل اما بتقدم هذا المرض نفسه لكن ليس بارتقاء الشلل العمومى ارتقاء تدريجيا بل فى أثناء نوبة من نوب التشنجات الصرعية أو بمضاعفته بانسكابات دموية سكتية أو بتغيرات التهابية مصحوبة بتضح ومن الواضح شدة خطر هذين المضاعفتين عند مثل هؤلاء المرضى ولو كانت بدرجة قليلة جدا

﴿المعالجة﴾

لا يتأتى التكلم على معالجة الضخامة المخية فانه وان عرف المرض وامكن تشخيصه فليس عندنا جواهر دوائية تزيل التغير المرضى الذى نحن بصدده أو توقف سيره وانما يمكن مقاومة الداء الاصلى كالراكيتيسم أو داء الخنازير اما بواسطة يودور البوتاسيوم او يودور الحديد وأما معالجة المضاعفة كالتشنجات فتكون على حسب القواعد العامة

﴿المبحث السابع عشر﴾
فى ضمور الدماغ
(كيفية الظهور والاسباب)

لا ينبغى اطلاق لفظ ضمور الدماغ على كل تناقص فى حجم هذا العضو سيما ما كان منه ناشئا عن فساد وتهتك فى جوهره العصبى وتكون منسوج ندبى قابل للانقباضات فى محل الجزء المفسد فان ضمور الدماغ فى الحقيقة عبارة عن تناقص فى عدد أجزاء جوهره العصبى بدون ان يسبق ذلك بفساد أو تهتك ومن الجيدان يميز لضمور هذا العضو شكلان الاول عبارة عن نمو غير تام فيه المسمى بالاجنيزيا الدماغية والثانى عبارة عن تقهقر نمو هذا العضو أى اضمحلال اجزائه التى كانت تامة النمو

ولا نتعرض هنا للاجنيزيا الدماغية التى فيها يكون نمو هذا العضو غير تام بحيث يوجد حالة بله تام او حالة فيها لا يمكن استمرار الحياة وانما نذكر هنا فقط ضمور احدى جهتى الدماغ الذى هو شكل غير نادر الحصول ويبتدئ تكونه اما مدة الحياة الجنينية او بعد الولادة وفيه لا تحفظ الحياة فقط بل فيه تنمو القوة العقلية احيانا الى درجة ما

ثم ان اسباب الضمور الدماغى الجانبى المذكور مجهولة علينا والظاهر ان هذا الشكل يتعلق بحالة التهابية فى الدماغ او السحايا او الجمجمة مدة الحياة الرحمية

واما ضمور الدماغ الذى يحصل عقب تمام نموه فيكون اما حالة مرضية اولية تعتريه او تصاحب امراضا اخرى لهذا العضو بمعنى انه يكون حالة مرضية ثانوية فمن نوع الضمور الاول للدماغ بعد اولا شكل الضمور الذى هو ظاهرة من ظواهر الضمور الشيخوخى العمومى وكان التغيرات الشيخوخية المختلفة يختلف ارتقاؤها فى الشدة عند الاشخاص المتقدمين فى السن فكذلك توجد شيوخ لا يشاهد عندهم ادنى اثر من ضمور الدماغ كما انه توجد شيوخ اخرى اقل تقدم فى السن يرتقى عندهم هذا الضمور الى درجة عظيمة وينضم لذلك الضمور الذى يحصل فى اثناء سير الامراض المنهكة وفى كثير من الاحوال يظن بوجود صبر وجلادة تعقلية عند قرب الانتهاء الحزن لبعض الامراض المزمنة جدا وما ذلك فى الحقيقة الا ناتج عن ضمور فى الدماغ وضعف فى الحساسية والتعقل تبعا لذلك واما الضمور التابعى فينشأ غالبا عن تغيرات مرضية موضعية فى الدماغ وقد ذكرنا انه كثيرا ما يعقب السكتات المخية بعد انتهاء سيرها والتنكرز الموضعى للدماغ والتهاباته الموضعية ويظهر ان شكل البله المصحوب بشلل متعلق بضمور فى الدماغ ناشئ عن تغيرات التهابية مزمنة فى السحايا او فى الجوهر القشرى لهذا العضو

وفى احوال اخرى قد يكون هذا الضمور التابعى نتيجة ضغط مستمر على جوهر الدماغ ومن هذا القبيل تناقص كتلة الدماغ التدريجى وضمورها الناتج عن اورام الدماغ او استسقائه ويظهر كذلك ان ضمور الدماغ المصاحب للالتهاب السحائى ينتج عن الضغط الذى يعترى هذا العضو من النضح

الالتهابى المتراكم فى المسافات تحت العنكبوتية وبالجملة فلنذكر هنا ان جروح بعض الاعصاب الدائرية وتهتكها يعقبها احيانا ضمور تابعى فى بورتها المركزية

الصفات التشريحية

الضمور النصفى للدماغ أكثر مايصيب الجهة اليسرى من هذا العضو وفيها يعم تارة جميع النصف الكرى وتارة يكون قاصرا على بعض اجزائه وفى الدرجة العظيمة لهذا المرض يكون جوهر المخ السكائن بين جيوبه وسطحه المحدب ضامرا مسترقا على شكل طبقة رقيقة سمكها بعض خطوط والتعرجات المخية تكاد لاتدرك أوانها تكون كثيرة العرض والسمك وكذا العقد الدماغية العظيمة تكون ضامرة ومن هنا يمتد الضمور بواسطة احد انخاذ المخ الى الاحبلة المسامتة له من النخاع المستطيل والجوهر الدماغى الضامر تكون مقاومته غالبا متزايدة ولونه متعكرا والمسافة الخالية الناشئة عن الضمور تكون ممتلئة بسائل مصلى يتراكم فى الجيوب المخية أو بين السحايا وفى الغالب يكون شكل الجمجمة غير منتظم وعظامها ثخينة فى الجهة التى يعتريها الضمور

وأما ضمور الدماغ المصاحب للتقدم فى السن فالغالب ان يكون عاما لهذا العضو لكن متى كان ثانويا وناشئا عن تهتكات جزئية فيه فيكون أكثر وضوحا فى الجهة المصابة عن الجهة المقابلة لها والجوهر النخاعى للنصفين الكربين يكون متناقصا فى الحجم والتلافيف المخية رقيقة والميازيب أكثر عرضا وغورا ويكون الجوهر اللبى أبيض وصلابته كاثفا وجوهره القشرى رقيقا متينا ذالون مسمر أو ممتقع والجيوب المخية تكون ممتلئة ومتمددة بسائل مصلى وكذا المسافات تحت العنكبوتية تكون ممتلئة بكمية عظيمة من هذا السائل المتجمع فيها (أعنى الاستسقاء الدماغى الناشئ عن الفراغ)

الاعراض والسير

الضمور النصفى للمخ وان لم يصاحب كما ذكرنا فى بعض الاحوال باضطرابات عقلية لكن مثل الاحوال التى فيها أحد نصفى المخ يعوض الآخر فى وظائفه

تعد من النوادر العظيمة والغالب ان يعترى أكثر المرضى ضعف فى القوى العقلية بل يكون فى حالة بله وكذا أعضاء الحواس خصوصا الابصار تكون قليلة الحساسية وقابلة تنبيه الاعصاب الحساسية للجهة المشلولة تكون متناقصة وأعظم الاعراض المشخصة لهذا المرض هو شلل احدى جهتى الجسم مع ضمور واضح كثير الظهور فيها والغالب ان يكون الشلل مصحوبا بانقباضات عضلية وضمور الجهة المشلولة يعم جميع منسوجاتها حتى العظام بحيث ان الفخذ الدقيق القصير للبالغ يظهر فى مثل هذه الاحوال كفخذ الطفل واغلب المرضى يعتريهم نوب صرعية وحيث ان باقى وظائف الجسم تتم جميعها فمن النادر ان يكون هذا المرض سببا للموت ومع ذلك فمثل هؤلاء المرضى لا يصلون الى سن عظيم الافى أحوال استثنائية بل الغالب ان تكون مقاومتهم ضعيفة بحيث تهلك من أقل شئ يطرأ عليهم

وأما الضمور الاولى للمخ الذى يحصل خصوصا عند الشيوخ الهرمين جدا وكذا الضمور الثانوى الذى يعقب السكتات المخية والتفكرز الجزئى للدماغ وغيره من الامراض الموضعية لهذا العضو فيتصفان بضعف تدريجى فى القوى العقلية وتناقص فى القوى المذكرة تناقصا تدريجيا وتشتت فى التصورات كحالة طفلية وضعف فى الحواس وتناقص فى قوة الانقباضات العضلية واضطراب المشى واهتزازه وعدم القدرة على قهر العضلات العاصرة

ثم ان ضمور الدماغ الذى يوجد فى جثة المجانين الذين اعتراهم قبل هلاكهم بله شللى تتعلق به الاعراض الانتهائية التى تشاهد فى مثل هؤلاء الاشخاص فى آخر الحياة وهى ظواهر ضعف القوى العقلية والبله وأما جنون التعاظم الثابت وتوهم ارتفاع القدر الذى يسبق شلل العقل والظواهر الجنونية التى تطرأ عليه زمنا فزمنا والنوب السكتية فليست متعلقة به بل هذه الظواهر تنسب الى الالتهابات السحائية التى تسبق هذه الحالة وتشور زمنا فزمنا فى أثناء سيرها وفى دور هذا المرض الذى فيه يتناقص ثوران القوى العقلية عند المرضى وتضعف قوة التصوّرات والهوس وتقل شدتها وفيه تتكدر التصورات وتضطرب وتفسد القوة المذكرة تبتدى اعراض الشلل فى اعضاء الحركة وكلما ارتقت ظواهر ضعف القوى العقلية ازدادت علامات شلل

الحركة والعرض الابتدائى فى أغلب الاحوال هو صعوبة النطق الذى ينتقل بسرعة الى التمتمة و يعقب ذلك عدم قدرة الجسم على الوقوف والاهتزاز فى المشى وتخلخله وسهولة سقوط المرضى واهتزاز ايديهم عند حركة الانبساط ثم لا يصير لهم قدرة على ترك الفراش ولا تنبه من المؤثرات القوية ثم تهلك فيما بعد فى حالة نهوكة

﴿المعالجة﴾

لا توجد معالجة شافية لضمور المخ فاجتهاد الطبيب فى مثل هذه الاحوال يكون متجها الى المرض الاصلى لاجل منع تقدم سيره سيما بالمعالجة السببية التى تستعمل لمقاومة الافراط من المشروبات الروحية والتسمم الزحلى والداء الزهرى والنهوكة العامة والالتهاب السحائى المزمن بواسطة الحمامات التشلشلية الباردة بالصب على الرأس ونحو ذلك كما أوصينا به فى معالجة الالتهاب السحائى المزمن وزيادة عن ذلك يجتهد فى مضاربة الاعراض الخطرة وفى أحوال الضمور الدماغى النصفى المصحوب بضمور فى العضلات واستحالة شحمية فيها يمكن استعمال التيار الكهربائى الطبى المتقطع أو المستمر الذى لا يكون له فى هذه الاحوال منفعة الا من حيثية تقوية العضلات باحداث انقباضات ميخانيكية فيها وانما فى سن الطفولية عندما يكون نمو الدماغ فى درجة مناسبة يظهر أنه بتأثير التغذية الجيدة والهواء الجيد والرياضة الجسمية والكهربائية يمكن احداث تقدم فى نمو الدماغ المتأخر وما عدا ذلك فالمعالجة لا تكون الا عرضية

﴿المبحث الثامن عشر﴾

(فى فقد النطق المسمى بالافازيا والاسمبوليا)

يوجد اضطراب فى الدماغ به يحصل تناقص فى قابلية التكلم أو فقدها بالكلية بدون ان تكون أعضاء النطق مضطربة فى وظيفتها وبدون اضطراب فى القوة المفكرة وفقد هذه القابلية مع سلامة القوة المفكرة والسلامة التامة للعضلات المنوطة بالتكلم والتعبير عن الافكار بواسطة الكلام يعبر عنه بالافازيا (كما قاله ترسو) وقد ذكر المعلم بروكا ان اضطراب التكلم الذى نحن بصدده يتعلق بتغير فى التلافيف المخية الجبهية الثالثة

ويكاد يكون فقد التكلم هذا ناشئا عن اصابة مرضية فى التلافيف الثالثة اليسرى ومن النادر ان يكون ناشئا عن اصابة التلافيف اليمنى بنسبة ١/١٢ يمنى/يسارى والمؤلفون الفرنساويون هم أول من وجه هذه النسبة بالتعبير الآتى وهو ان اعصاب التكلم تمرن وتقوى عادة فى جهة واحدة من الدماغ وهى اليسرى بخلافها فى الاشخاص ذوات العسرفان التلافيف الثالثة اليمنى فيهم تكون بعكس ما ذكر متسلطنة على وظيفة التكلم ومع ذلك فالظاهر ان هناك اجزاء أخرى من الدماغ لها تأثير على تلك الاعصاب ولذا كان كثيرا ما توجد الاصابة المرضية فى غير ما ذكر من التلافيف كقرب حفرة سلفيوس والتلافيف المركزية أو بقرب الحدبات التوءمية أو الفصوص المؤخرية والتغير المرضى الناشئة عنه الافازيا قد يكون مختلفا فاما ان تكون انسكابات دموية أو بورات لينة التهابية سددية أو تكون جروحا رآسية أو تولدات جديدة أو نحو ذلك مجالسها الاصفار السابق ذكرها ومن الواضح انه عند امتداد تلك التغيرات تحصل ولابد اضطرابات وظيفية أخرى فى الدماغ خلاف الافازيا لكن منشأ الافازيا لا يكون على الدوام ناتجا عن تغيرات جوهرية واضحة مثل السابقة بل كثيرا ما تحصل فى أثناء سير بعض الامراض التسممية الحادة سيما التيفوس وكذا عقب التسمم بالبلادونا والرصاص وعقب التخدير بالكلوروفورم وفى أثناء سير الاستيريا والصرع وعقب الانفعالات النفسية

وغالبا يبقى عند المصابين بعض ألفاظ يستعملونها على الدوام مع التكرار للافصاح عن افكارهم وفى أحوال أخرى لا يكون لهم قدرة الا على النطق ببعض المقاطع ويكونون فاقدى التكلم بالكلية وفقد قابلية التكلم الذى به يمكن الافصاح عن الافكار وان كان هو الظاهرة الاعتيادية لهذا الاضطراب الدماغى الا أنه ليس هو العيب الوحيد فى ذلك اذ قد يفقد كذلك قابلية الكتابة (وهو الاجرافيا) أو القراءة (وهو الالكسيا) وفى بعض الاحوال قد تفقد قابلية الافصاح عن المرام بالاشارات ولذا قال فنكلنبرج انه من الاجود استعمال لفظ اسمبوليا بدلا عن الافازيا لاجل شمول جميع اضطرابات الدماغ هذه فى التعريف فيعرف هذا المعلم الاسمبوليا بانها

عبارة عن اضطراب وظيفي به تفقد قابلية التعبير والافصاح عن التصورات بعلامات مصطلح عليها (وهي الكتابة) أو فقد قابلية ادراك التصورات بعلامات معلومة (وهي القراءة) امافقدا تاما أو غير تام وفي الحقيقة كثيرا من الاشخاص المعتريهم الافازيا لايكون لهم قدرة على قراءة الحروف مطلقا وفهمها بل قد شوهد في بعض الاحوال الاستثنائية بقايا قابلية التكلم مع عدم قابلية الكتابة والقراءة وهذه حالة لايسوغ اطلاق اسم الافازيا عليها (فان لفظ افازيا مركب من حرفين آ بمعنى الفقد وفازس أي التكلم) وقد شوهد في اكلينك جسينير شخص مصاب بالافازيا ظهر عنده في الاسابيع الاول حالة مخصوصة وهو انه لم يمكنه فتح فمه عند أمره بذلك بحيث كان يخجل من عجزه عن ذلك ويجتهد في فتحه باصابعه لكن متى قرب من فمه ملعقة ملآنة بالطعام كان يفتحه على آخر درجة - وأما التوجيه الفسيولوجي المقبول للاميوليا فلم تيسر الى الآن وقد نسب المعلم ترسو فقد التكلم لامرين أحدهما فقد القوة المفكرة كلا أو بعضا وحينئذ لاتتكلم المرضى لانها لم تتذكر الكلمات غير انه يمكنها تقليد النطق بالكلمات التي تقال لهم (وهذا ما يسمى بشكل الافازيا الناتجة عن فقد القوة المذكرة) والامر الثاني فقد صناعة تقطيع الحروف وبذا يتعسر على المرضى تقليد النطق بمثل مايقال لهم أو يتعذر بالكلية (وهذا يسمى بشكل الافازيا الناتجة عن فقد قابلية تقطيع الحروف)

ثم انه وان سهل بالكلية معرفة حالة الافازيا الواضحة غير المضاعفة يعسر علينا الحكم على أحوال الافازيا غير التامة أو المصحوبة باضطراب في القوة العقلية وليس من النادر أن يوجد مع الافازيا شلل نصفي جانبي في الجهة المقابلة للاصابة المخية أعني في الجهة اليمنى من الجسم غالبا وحينئذ يكون الحكم على عاقبة الافازيا في مثل هذه الاحوال التي فيها تنسب لبورات مرضية مفسدة في المخ غير جيد ولو انه قد يشاهد في مثل هذه الاحوال تحسين وأما ان لم يوجد الشلل بالكلية استنبط من الامور السببية ان فقد التكلم ناتج عن اضطراب دوري وقتي أو عن نضح ماي أو نحو ذلك فيحكم بان هذا المرض من طبيعة وقتية وعاقبته جيدة

ومعالجة الافاز يا تطابق بالكلية معالجة المرض الاصلى ثم يجتهد فيما بعد بواسطة التمرين اللائق بالتكلم والقراءة والكتابة ونحوها فى تقوية الاجزاء العصبية للتكلم فى الجهة المقابلة ومع ذلك فلا تؤيد التجارب حقيقة التعادل العوضى لهذا الاضطراب

(الفصل الثانى)
(فى أمراض النخاع الشوكى ولفائفه)

(المبحث الاول)
(فى احتقان النخاع الشوكى ولفائفه)

من المعلوم ان كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى عرضة لاختلافات عديدة وان احتقان هذا العضو وانيميته تحدث اضطرابا فى وظائفه بكيفية مماثلة لما يحصل فى الدماغ من احتقانه وفقر دمه ومع ذلك فالاعراض التى تنسب لتفاوت كمية الدم فى النخاع ليست متخذة من مشاهدات لاواسطية اكيدة أعنى من مقارنة الظواهر المرضية التى تشاهد مدة الحياة والصفات التشريحية بل باستنتاجات حدسية وزيادة عن ذلك فانه فى أغلب الصفات التشريحية لايلتفت الى كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى وان تعيين كميته فى هذا العضو أصعب منه فى المخ

وأكثر مايشاهد احتقان النخاع الشوكى واحتواؤه على كمية عظيمة من الدم ولفائفه فى الصفات التشريحية للاطفال المولودين جديدا وفى جثة الاشخاص الهالكين بامراض تشنجية أو أمراض حمية حادة وزيادة عن ذلك تشاهد تمددات دوالية فى السكة الوريدية للجزء السفلى من النخاع الشوكى وتكون مصاحبة للامتلاء الدموى البطنى الذى هو ظاهرة من ظواهر سيروز الكبد وغيره من أمراض هذا العضو التى تعوق سير الدورة فى البطن

ثم ان احتقان النخاع الشوكى يؤدى الى انتفاخ ورخاوة فى جوهره وتكون بقع ايكموزية صغيرة وفى الدرجة المرتقية لهذا المرض يحصل فى جوهره لين واحتقان العصابا النخاعية يعقبه طبقا لمشاهدة المعلم هس زيادة ارتشاح من مادة مصلية تملأ المسافات تحت العنكبوتية من أسفل الى أعلى

حتى تمتد الى تجويف الجمجمة

واعراض احتقان النخاع الشوكى ولفائفه هى طبقا لما ذكره المعلم المذكور ألم أصم قاصر فى الغالب على القسم العجزى والقطن واحساس بخدر وتنمل فى الاطراف السفلى وشلل فيها غير تام غالبا ومن النادر أن يمتد كل من اضطراب الحس والحركة من أسفل الى أعلا صاعدا الى الاطراف العليا وفى مثل هذه الحالة الاخيرة يكون التنفس بطيئا احيانا واما المثانة والمستقيم فلا يصابان بالشلل فمن مجموع هذه الاعراض يمكن الحكم على وجود احتقان النخاع الشوكى ولفائفه اذا اتفق باقى اعراض هذا العضو وحصل تحسين او زوال فى مجموع الاعراض المذكورة عقب حصول نزيف من الاوعية الباسورية المتفممة باوعية النخاع الشوكى أو نزيف رحمى أو عقب فعل استفراغات دموية موضعية

والقول بانه ينشأ عن الاحتقان الشديد للنخاع الشوكى تشنجات غير مقطوع به فان وجود كمية عظيمة من الدم فى أوعية هذا العضو عند فتح جثة الاشخاص الهالكين بنوب تشنجية شديدة يمكن اعتباره كنتيجة التشنجات وليس سببا لها

وكذا يقال فى احتقان النخاع الشوكى الذى يشاهد فى جثة الهالكين بامراض حمية ثقيلة وفى الارتباط بينه وبين اعراض الحمى

وهنالك حالة مخصوصة تسمى بتهيج النخاع كثيرا ما أطنب فيها المؤلفون زمنا طويلا وهى عبارة عن أحوال مرضية تكون فيها الحساسية متزايدة جدا عند الضغط على النتوات الشوكية وعن ميل عظيم وارتقاء واضح فى حصول حركات انعكاسية وثوران فى الحساسية العمومية وهذه الاعراض توجد بكثرة كألم الرأس فى أمراض حادة ومزمنة بدون أن يمكن توجيهها وعلى كل حال فلا يستنتج من تلك الظواهر المرضية دائما وجود احتقان فى النخاع الشوكى

﴿المعالجة﴾

فى الاحوال التى فيها يمكن معرفة الاسباب التى ينتج عنها احتقان النخاع الشوكى تستدعى المعالجة السببية لهذا المرض تبعيد الاسباب المذكورة وأما الاحتقان نفسه فيوصى فيه اذا ارتقى لدرجة عظيمة باستعمال

الاستفراغات الدموية الموضعية امابواسطة المحاجم التشريطية أو بارسال العلق والاجود استعمال الاولى على طول العمود الفقرى والثانية على دائرة الاست أوعنق الرحم خصوصا فى الاحوال التى يوجد فيها امتلاء دموى بطنى وذلك بالنسبة لاستطراق أوعية الحوض باوعية القناة الفقرية واستعمال الجواهر الدوائية المسهلة لاسيما الاملاح المتعادلة والحمامات القدمية والمصرفات على الجلد تساعد الاستفراغات المذكورة مساعدة تامة و بنجاح هذه الطريقة العلاجية قد يتيسر الحكم على حقيقة التشخيص

(المبحث الثانى)

﴿فى نزيف النخاع الشوكى وآفاته﴾

(المعروف بالسكتة النخاعية الشوكية)

الانسكابات الدموية بين اللفائف الشوكية وجوهر النخاع الشوكى تعدمن الظواهر النادرة بقطع النظر عن البقع الابكموزيسية الصغيرة التى تصاحب احتقانات هذا العضو الشديدة والظاهران كلا من الاستحالة المرضية لجدر الاوعية وازدياد ضغط العمود الدموى فى الشرايين اللذين هما السببان الرئيسان للانزفة الدماغية ليس له تأثير فى احداث الانزفة النخاعية فتكاد الانزفة الشوكية داخل السحايا تنتج دائما عن اصابات جرحية لهذا العضو كجروح العمود الفقرى ورضه وتمزقه وأكثر مايشاهد هذا النوع من الانزفة فى الاطفال المولودين جديدا ويوجه ذلك بسهولة بالجذب الشديد والتمزق الذى يكابده العمود الفقرى اثناء الولادة الشاقة وأما الانزفة الدموية داخل جوهر النخاع فيظهران اغلب منشأها ظاهرة النهاية لبعض الامراض المزمنة المفسدة للنخاع الشوكى ويندران تنشأ عن اصابات جرحية فى العمود الفقرى

ثم ان الانسكاب الدموى الذى يخلف الانزفة السحائية الشوكية يكون غالبا عظيما وأكثر مايجتمع فى الجزء السفلى للقناة الفقرية فيملأ امتدادا عظيما من المسافات تحت العنكبوتية وأما نزيف الجوهر النخاعى الشوكى ففيه يكون جوهر هذا العضو مستحيلا الى مادة عجينية والتغيرات التى تكابدها البورة السكتية النخاعية عند مكثها زمنا طويلا قليلة المعلومية بالكلية

والظاهر انهامماثلة للتغيرات التى تعترى البورة المخية السكتية عند استمرارها زمناطويلا

ومن الواضح ان أوعية النخاع الشوكى لاتنضغط بواسطة الانسكاب الدموى داخل لفائف هذا العضو وتصل للدرجة التى بها يمتنع بالكلية ورود الدم الشريانى اليه و بذا لا تنطفئ قابلية تنبيه الالياف العصبية الابالتدريج وفى العادة يشاهد ان ظواهر الشلل فى الانسكابات الدموية من السحايا الشوكية تسبق بظواهر تهيج كآلام الظهر الشديدة الكثيرة الامتداد والتشنجات سيما المستمرة التى فى الاجزاء الناشئة اعصابها اسفل محل النزيف كالتيتنوس الخلفى والتشنجات والانقباضات العضلية للاطراف ثم يعقب هذه الظواهر عندما يكون الانسكاب الدموى غزيرا شلل فى الحس والحركة يصيب الاجزاء التى اعصابها ناشئة من الجزء النخاعى المنضغط وان أصاب الشلل عضلات التنفس أيضا حصل الموت بسرعة وفى عكسه العكس يعنى اذا لم يصبها فان الموت يكون بطيئا ومن المشكوك فيه كون اتصال التيار العصبى يعود بعد الامتصاص الدموى ويتم الشفاء ثم انه لايحكم بالاعراض المذكورة على تشخيص نزيف سحابى شوكى الا اذا سبقها اصابة جرحية فى العمود الفقرى فان لم يتحقق ذلك وانبهم السبب فان تشخيص هذا المرض لايكون أكيدا وحيث انه بواسطة نزيف النخاع الشوكى نفسه يحصل فى المحل المتجمع فيه الدم تهتك تام فى جوهر النخاع الشوكى فلابد وان يعترى تواصل التنبيه العصبى من الدماغ الى الاعصاب الذاتية ومنها الى الدماغ انقطاع فجائى حال حصول النزيف فى هذا الشكل من السكتة النخاعية وكلما طرأت بسرعة اعراض هذا الانقطاع التى هى فقد احساس النصف السفلى من الجسم وانقطاع تأثير الارادة عليها المصحوب بشلل فى المثانة والمستقيم أمكن تقريبا ان يحكم بان فساد جوهر النخاع حصل بسرعة بواسطة الانسكاب الدموى لاتدريجا بواسطة الالتهاب أوالالين أوالضغط وحينئذ يحصل الموت بسرعة اذا كان مجلس الانسكاب الدموى فى الجزء العلوى من النخاع بحيث تنشل عضلات التنفس وأما اذا كانت الاصابة والفساد فى الجزء السفلى من النخاع فان حصول الموت يكون بطيئا وربما تمادى عدة سنين ويكون فى

الغالب ناتجا عن الغنغرينا الوضعية أو الالتهاب المثانى الخبيث الذى يصحب شلل المثانة وحيث لم يكن للصناعة مقدرة على احداث امتصاص الانسكاب الدموى وتعويض ما فسد من الالياف العصبية كانت معالجة السكتة الشوكية عرضية ففى الابتداء ينبغى استعمال الاستفراغات الدموية عمومية عند الاشخاص الاقويا البنية أو الاستفراغات الموضعية المتكررة بواسطة ارسال العلق أو المحاجم ووضع مثانة ممتلئة بالجليد على الجزء الذى يظن فيه انه مجلس للانسكاب الدموى وذلك اذا اشتكى المريض بآلام فى الظهر شديدة وكان عنده ظواهر التهابية ثم يجتهد فى منع حصول الغنغرينا الوضعية بوضع المريض غالب أوقاته وضعا جانبيا واستفراغ المثانة مع الاحتراس زمنا فزمنا والالتفات لتغذيته مع الراحة والتدبير الغذائى اللطيف كما يفعل فى غير هذا التزيف من الانزفة الباطنية وعند ظهور ظواهر الانحطاط والهبوط يمكن استعمال الوسائط المنعشة وقتيا وكذا المحولات الجلدية وان اشتد ألم الظهر جدا وجب استعمال المورفين والشلل الذى يخلف هذا المرض ينبغى معالجته بواسطة يودور البوتاسيوم بقصد تحريض الامتصاص وما عدا ذلك يعالج بما سنذكره من القواعد فى معالجة شلل النخاع الشوكى وأغنياء المرضى المصابة بالسكتة الشوكية والشلل التابعى يمكن ارسالها الى الحمامات المعدنية الحديدية كولدباد وفغروجستين لكن كلما كان التشخيص أكيدا كان العشم بالنجاح قليلا

(المبحث الثالث)

(فى التهاب السحايا الشوكية)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب الام الجافية لا يظهر على شكل مرض أولى مطلقا بل كثيرا ما يضاعف جروح العمود الفقرى وبالخصوص التهاباته كما ان التهاب العنكبوتية لا يكاد يشاهد الا مصاحبا لالتهاب الام الجافية أو الام الحنونة وربما شوهد التهاب العنكبوتية المزمن على حالة مرض أولى ذاتى بدون سبب معلوم يحال عليه وينتج عن هذا الالتهاب تكاثف جزئى فى العنكبوتية وتعظمات فيها وأما التهاب الام الحنونة الناتج عن مؤثرات وبائية فقد

ذكرناه فى أمراض الدماغ وسميناه بالالتهاب السحائى الدماغى الشوكى وزيادة عن هذا الشكل من التهاب الام الحنونة الشوكية يشاهد التهاب هذا الغشاء منفردا ناشئا اما عن اصابات جرحية أو عن امتداد التهاب الام الجافية الشوكية الى الام الحنونة كما انه قد يشاهد أحوال ذاتية من هذا الالتهاب تنتج عن تاثير البرد ونحوه من المؤثرات المضرة على الجسم ولو ان ذلك نادر الحصول جدا

(الصفات التشريحية)

التهاب الام الجافية الشوكية يندر أن يكون ممتدا فى سطح متسع من هذا الغشاء بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض اصفاره ويظهر الجزء الملتهب فى الابتداء محتقنا رطبا رخوا ثم يتغير لونه ويصير سهل التمزق ويغطى احيانا بنضح قيحى وانتهاآت هذا الالتهاب اما بحصول تكاثفات وثخن بعض اصفار الام الجافية والتصاقها بالعظام الفقرية التصاقا متينا أو بتثقب الام الجافية بواسطة القيح المجتمع بينها وبين العظام الفقرية والتهاب سحائى شوكى منتشر تبعا لذلك واما التهاب العنكبوتية المزمن فيخلفه تكدرات لبنية فى هذا الغشاء وتكوين صفيحات غضروفية أو عظمية فى حجم العدسة ذات سطح باطن خشن وسطح ظاهر أملس وهذه الصفيحات تكون بعدد عظيم متراكمة خصوصا فى الجزء السفلى من النخاع الشوكى

وأما التهاب الام الحنونة فالغالب أن ينتشر على معظم سطح هذا الغشاء وفى شكله الحاد تكون كثيرة الاحتقان منتفخة رخوة ويوجد فى المسافات تحت العنكبوتية نضح قيحى ندفى غزير ويكون كل من الام الحنونة والعنكبوتية مغطى بنضح غشائى وفى الغالب يكون النخاع الشوكى باهتا قليل الدم ويندر أن يكون محتقنا مسترخيا أو لينا وفى الاحوال المزمنة من هذا الالتهاب كثيرا ما يتراكم فى القناة الفقرية نضح مصلى بحيث يظهر ان أغلب أحوال الاستسقاء السحائى الشوكى المزمن ناشئ عنه وكما ذكرنا انه كثيرا ما يوجد فى الصفات التشريحية فى جثة السكارى تكاثفات ونضح أوذيماوى فى أغشية الدماغ وينسب ذلك لتغير التهابى مزمن فيها فكذلك نقول ان تجمع كمية عظيمة من السائل المصلى فى المسافات تحت العنكبوتية الشوكية

ينسب لاضطرابات التهابية فى الاغشية الفقرية متى لم تكن ظاهرة من ظواهر الاستسقاء العمومى أو تابعة لضمور النخاع الشوكى ومع ذلك يعسر علينا من حالة توتر الام الجافية الشوكية قبل شقها ومن كمية السائل المنصب بعده معرفة كمية المواد المصلية المتجمعة فى المسافات تحت العنكبوتية أهى متزائدة أم لا وكلما كان السائل المصلى الخارج أكثر تعكرا ومتلونا بلون الدم كان الاقرب للعقل نسبة ذلك الى الالتهاب السحائى الشوكى المزمن

(الاعراض والسير)

التهاب الأم الجافية الشوكية لا يكون مصحوبا بظواهر مرضية واصفة كثيرة الوضوح الا نادرا مالم يؤد الى تثقب فى الدحايا الشوكية وانسكاب القيح المتجمع فى المسافات تحت العنكبوتية الشوكية واحداث التهاب منتشر فى النخاع الشوكى بالتبعية لذلك فانه لا يكاد يمكن بت الحكم عند تشكى المرضى المصابين بآفات جرحية فى العمود الفقرى أو تسوسات فيه بآلام فى الظهر بان هذه الآلام هل هى ناشئة عن التهاب الام الجافية الشوكية او عن التهاب العظام أو الاربطة الفقرية

وكذا الظواهر المرضية للالتهاب العنكبوتى المزمن الذى يتكون عنه الصفيحات الغضروفية السابق ذكرها غير واضحة بالكلية

وأما التهاب الام الحنونة الحاد فيكون مصحوبا بظواهر تهيج شديدة فى مجموع أعصاب النخاع الشوكى يعقبها ظواهر شلل وبهذه الاعراض وتعاقبها لبعضها يعرف هذا الالتهاب معرفة تامة فان المرضى بعد ان تحس بقشعريرة تتشكى بآلام شديدة فى الظهر مع تمادى الاعراض الحية واستمرارها وهذه الآلام ترتقى وتشتد بادنى حركة و بالضغط على العمود الفقرى وتصير غير مطاقة و ينضم لهذه الآلام آلام الاطراف وكل من الآلام الظهرية والدايرية التى تتشكى بها المرضى توجه بالتهيج الذى يعترى الاعصاب الحساسية داخل القناة الفقرية عقب التهاب اغمدتها وكذا من الظواهر اللازمة لهذا المرض الانقباضات العضلية المستمرة فى عضلات الجذع والاطراف وبذلك ينشأ التيتنوس الخلفى وانقباض الاطراف انقباضا

شديدا وهذه الانقباضات الدائمة التي يمكن احداثها بالصناعة في بعض الحيوانات كما هو معلوم بواسطة التيار الكهربائي قد يحصل فيها انحطاط تارة وثوران تارة أخرى والثوران في هذا المرض يحصل بواسطة تحريك العمود الفقري لاعقب تهيج جزء دائري من الجسم كما في التيتنوس وهذا مما يثبت ان التشنجات المستمرة الناتجة عن الالتهاب المهائي الشوكي ليست ناتجة عن ثوران الفعل العضلي المنعكس وارتقائه بل هي نتيجة التهيج الذي يعتري الاعصاب المحركة عقب التهاب أغمدتها وهذا الانقباض المستمر التشنجي في عضلات الجسم الذي لايسمح للمريض بفعل أدنى حركة ولو كان غير مفشل يعقب احيانا بنوب تشنجية ومتى اشتركت أعضاء التنفس في هذا التشنج التيتنوسي تعذر التنفس وحصل الموت بسرعة بخلاف ما اذا لم تصب عضلات التنفس فانه يحصل تحسين تدريجي في حالة المريض لكن الغالب ان يحصل شلل في النصف السفلي أو ارتقاء في الاعراض الحمية فيهلك المريض اما بامتداد الشلل الى النخاع المستطيل أو بالنهوكة التي تعقب الظواهر الحمية وأما التهاب الام الحنونة المزمن الذي سنذكر اعراضه عند اعراض الاستسقا الشوكي العارضي ففيه تكون آلام الظهر واهية جدا وربما خفيت وعلى العكس من ذلك يشاهد في ابتداء هذا المرض احساسات مؤلمة في الاطراف واضحة جدا بحيث يختفي هذا المرض ويلتبس بالآلام الروماتزمية الدائرية وأهم اعراض هذا الشكل من الالتهاب ظواهر الشلل النصفي السفلي التي تبتدأ من الاطراف السفلي ثم تمتد الى المثانة والمستقيم ثم الى الاطراف العليا وهذا الشلل يكون في الابتداء غير تام ثم يرتقي الى شلل تام في النصف السفلي ويصحبه احساس بتنمل وخدر في الاطراف السفلي وهي ظاهرة تسبق فقد الحساسة وشللها الذي يندر أن يرتقي الى درجة تامة وثم أحوال من هذا القبيل منها يتم نصف الشلل السفلي في زمن قليل جدا ويكون مسبوقا باحساسات مؤلمة في الاطراف تعتبر روماتزمية بحيث ان الشلل يصير تاما احيانا في ظرف أيام قلائل (وهذا هو المعروف بالاستسقا الشوكي الروماتزمي) والشلل حينئذ اما أن يبقى على الدرجة الاولى التي ارتقى اليها أو يتناقص قليلا وفي أحوال أخرى يرتقي الشلل النصفي

السفلى ببطء ارتقاه تدريجيا بكيفية خفيـة وفى هذه الاحوال يكون العشم بحصول التحسين وتناقص الشلل قليـلا جدا ولوانه يظهر من حالة المريض تعاقبات بين الجودة والرداءة وآغلب المصابين بهـذا المرض يهلـكون بعـد زمن اماكثير الطول أوقليـله بامتـداد الشلل الى النخاع المسـتطيل وبالغنغرينا الموضعية أوبالالتهابات المثانية الكزليـة ثم ان شلل النصف السفلى زيادة عن كونه يحصل فى أحوال الالتهـاب السحائى الشوكى المزمن يصحب غيرهـذا المرض من أمراض النخاع الشوكى وأمامشى المريض فليس واصفا الشكل هذا المرض بل لايختلف عن شكل شلل النصف السفلى فى غيرهـذا المرض من أمراض النخاع فان القول بان ظواهر الشـلل الناشـئة عن تجـمع سائل فى القنـاة الفقرية تتزايد عندوقوف المريض وتتناقص حال استـلقائه عـلى الفراش بسبب توزيـع السـائل توزيعا مستويا مبنى على نظريات لامشاهدات أكيدة فالذى يرتـكن اليه فى تمييز الالتهاب السحائى المزمن والاستسقا الشوكى العارضى عن غيره من أمراض النخاع الشوكـى ظواهر التهيج سيما الاحساسات المؤلمة فى الاطراف التى تسـبق الشلل وامتداد هذا الشلل من أسفل الى أعـلا بالتدريج فان سير الشلل بهذه المثابة لايوجد اذاكانت اصابة النخاع الشوكى فى بورات منعزلة وبالخصوص يعتمد فى هذا الامر على السـير المختلف فى هذا المرض بوجود ثوران وانحطاط فيه لايوجد عندحصول تغيرات مفسدة للنخـاع الشوكى

(المعالجه)

الالتهاب السحائى الشوكى الحاد يستدعى معالجة مضادة للالتهـاب قوية جـدّا لاسيما ارسال العلق ووضع المحاجم التشريطية على جانبى العمود الفقرى واذا كان ينبوع هذا المرض اصابة جرحية ينبغى استعمال التبريد القوى عـلى الظهر بواسطة مثانة مملوءة بالجليـد أوالرفايد الجليـدية مع التـكرار وفى الاحوال الحديثة جدّا لامانع من استـعمال الدلك بالمرهم الزئبقى وتعاطى الزيبق الحـلو من الباطن وعندماتكون آلام الظهر والانقباض العضـلى شـديدين جدّا يستعمل الحقن تحت الجلد بالمورفين

وعند انتهاء الدور الاول من هذا المرض واستطالة مدّته ينبغى وضع المحولات المنفطة الطيارة على جانبى العمود الفقرى بان يبتدئ بها من أعلا القفا ويكرر وضعها على الظهر حتى يصل الى القسم العجزى ثم يبتدأ بها ثانيا من الاعلا والظاهر ان المحولات المنفطة أقوى تاثيرا فى هذا المرض من المقص والمحاور التى يفضل استعمالها فى أمراض العمود الفقرى بل وفى أحوال التهاب النخاع الشوكى نفسه القاصرة على بورات متعددة مع اعطاء يودور البوتاسيوم من الباطن ومن الجيد فى الاحوال المزمنة من هذا المرض استعمال الحمامات الشلشلية بالماء البارد أو الصب لاسيما المداومة على الحمامات الفاترة البسيطة أو القلوية او الحديدية او بالمياه الامية او الكبريتية وفى الانتهاء يجوز استعمال الكهربائية وشهرة هذه الواسطة العلاجية فى أشكال شلل النصف السفلى مبنية بالاكثر على منفعتها فى أحوال الالتهاب السحائى الشوكى المزمن ولفائفه

(المبحث الرابع)

فى التهاب النخاع الشوكى

نتكلم فى هذا المبحث ايضا على لين النخاع الشوكى وتيبسه فان كلا من هاتين الاستحالتين المرضيتين يعتبر الى وقتنا هذا انتهاء للالتهاب النخاعى أو شكلا منه (بقطع النظر عن لين هذا العضو الذى ينتج عن انسكابات دموية أو ارتشاح أوذيماوى فيه)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب النخاع الشوكى يؤدى لتغيرات جوهرية مشابهة لما يحصل فى الدماغ من الالتهاب فانه فى هذا الالتهاب لايتكوّن نضح غزير بين خلايا جوهر هذا العضو بل ان أجزائه العصبية تكابد اضطرابات غذائية التهابية ثم تتلاشى وتفسد بالكلية كما تفسد وتتلاشى الخلايا والالياف العصبية فى الدماغ عند التهابه

ثم ان التهاب جوهر النخاع يعتبر مرضا نادرا بقطع النظر عن الاحوال التى فيها يمتد الالتهاب من الفقرات الى النخاع نفسه وهو أمر كثير الحصول فان أغلب شلل النصف السفلى من الجسم الذى يشاهد فى سير التهابات القناة

الفقرية وتقوساتها ليس نتيجة الضغط الواقع على النخاع الشوكى من تقوس العمود الفقرى وانحنائه بل نتيجة امتداد الالتهاب من العمود الفقرى الى السحايا الشوكية ومنها الى النخاع الشوكى نفسه والذى يؤيد ما ذكرناه المشاهدات التى تثبت كثرة وجود الشلل فى أحوال التهابات العمود الفقرى قبل حصول تقوس أو انحناء فيه والتى ثبت فيها عكس ذلك وهو انه كثيرا ما يوجد تقوس وانحناء واضحان فى هذا العمود بدون ظواهر الشلل وبعد استمرارها سنين عديدة يتضاعف هذا التقوس بدون ازدياده دفعة واحدة أو عقب حصول آلام شديدة فى الظهر فهذا يدل على ان حصول الشلل فى مثل هذه الاحوال نتيجة امتداد الالتهاب الى النخاع الشوكى وليس من الضغط الواقع عليه بتقوس العمود الفقرى وأقل من التهاب العمود الفقرى انتاجا لالتهاب النخاع الشوكى الاصابات الجرحية للعمود الفقرى ورضه والتولدات العظمية الزهرية واحيانا يظهر هذا الالتهاب حول التولدات المرضية الجديدة أو البورات الدموية التى تحصل فى القناة الفقرية

وبالجملة فانه يعد من أسباب التهاب النخاع الشوكى الافراط فى الجماع والتعب المفرط وتأثير البرد على الجسم وانقطاع افراز عرق القدمين فجأة وان لم يتحقق فى مثل هذه الاحوال ان هذا الالتهاب نتيجة الاسباب المذكورة أو غيرها من الاسباب المجهولة وانما يقال عند شلل النصف السفلى الناتج عن أسباب غير واضحة ان المريض أفرط فى الجماع أو التعب الشاق أو عدم جودة المعيشة

(الصفات التشريحية)

قد يكون التهاب النخاع الشوكى قاصرا على بعض بورات وحينئذ يبتدىء من الجوهر السنجابى ويمتد حتى يعم جميع سمك النخاع وقد يبتدىء من الجوهر السنجابى أيضا على شكل لين مركزى ويمتد امتدادا عظيما لكن يندر ان يعم الجوهر الابيض من هذا العضو

وفى ابتداء الاحوال المذكورة اعنى عندما يكون الالتهاب قاصرا على بعض بورات يكون النخاع منتفخا وعند شقه يسيل منه مادة عجينية رخوة قليلا أو

كثير المحمرة اللون (ويسمى اللين الاحمر) وعند استمرار هذه الحالة زمنا طويلا ينقلب لون هذه المادة الى السمرة أو الاصفرار بسبب تغير المادة الملونة للدم وحصول استحالة شحمية فى الاجزاء العصبية المنفسدة (ويسمى حينئذ اللين الاصفر) ومن النادر استحالة البورة الالتهابية فى النخاع الشوكى الى بورة قيحية عقب تكوين أخلية قيحية فيها كما يكون ذلك بكثرة فى الدماغ والغالب ان تكون السحايا الشوكية مشتركة فى الالتهاب ويمكن ان يحصل من تلاشى الاجزا العصبية المنفسدة وامتصاصها فى أثناء سير التهاب النخاع المحدود تكوّن كيس ممتلئ بمادة مصلية ومحاط بمنسوج خلوى رقيق واحيانا يحصل تيبس فى هذا العضو عقب نمو وتكوّن الياف خلوية جديدة وهذا التيبس يكون شاغلا لبعض اصفار النخاع فتكون منجذبة يابسة متلونة بالاصفرار عقب رسوب مواد ملونة مصفرة فيها وهذه الاجزا المتيبسة تشابه اللطخ المصفرة المتيبسة التى ذكرنا انفا انها تخلف الالتهاب الدماغى الدائرى المحدود

وفى الشكل الثانى من هذا الالتهاب اعنى اللين المركزى يكون النخاع الشوكى قليل الانتفاخ وعند شقه يوجد الحد الفاصل بين الجوهر السنجابى والابيض من هذا العضو غير واضح ولون جوهره اكثر احمرارا وقوامه متناقصا وعندما يزمن هذا المرض سيما فى الاحوال الواضحة يكون النخاع الشوكى كثير الانتفاخ وفى مركزه مادة عجينية مائلة للحمرة أو اللون الصدائى أو الاصفر وفى هذا الشكل ايضا يمكن ان تمتص الاجزا العصبية المنفسدة ويحل محلها سائل ينسكب بحيث يكون فى مركز النخاع مسافة خالية ممتلئة بهذا السائل ومحاطة بمنسوج خلوى رقيق جدا

﴿الاعراض والسير﴾

حيث ان الالتهاب النخاعى الحاد يصطحب على الدوام بالالتهاب السحائى الشوكى فلا بد وان يكون هذا المرض مصحوبا بالظواهر المرضية للالتهاب السحائى الشوكى التى تكلمنا عليها فى المبحث السابق ومن اعتبار بعض التنوعات فقط فى اعراض المرض يمكن الحكم بان نفس النخاع الشوكى ملتهب أيضا مع السحايا فيوجد فى ابتداء هذا المرض الذى يكون مصحوبا

بظواهر حمية وآلام كثيرة الشدة أو قليلتها فى الظهر والاطراف وانقباضات تشنجية فى عضلات الظهر والعنق مع انقباضات فى عضلات الاطراف تتعاقب بنوب تشنجية فيها وعسر عظيم فى التنفس فى الاحوال التى تشترك فيها عضلات الصدر فى الانقباض التشنجى وكلما كانت آلام الظهر محدودة فى صقر مخصوص وكانت الآلام الدائرية أكثر وضوحا والتشنجات شاغلة لبعض الاجزا الناشئة اعصابها من اجزاء علومة من النخاع وكان شلل النصف السفلى متقدم الحصول واعقب ظواهر التهيج بسرعة يمكن القول بان النخاع الشوكى هو الملتهب وفى بعض أحوال هذا المرض الخبيث يمكن ان ترتقى هذه الظواهر فى أقرب وقت الى درجة عظيمة جدا بحيث يهلك المريض فى أيام أوائل الاصابة عقب اضطراب التنفس والدورة وقد يحصل فى بعض الاحوال تلطيف فى الظواهر المرضية المذكورة غير أنه يعقبها شلل فى النصف السفلى غير قابل للشفا والاحوال المرضية التى يكون سيرها بهذه المثابة نادرة الحصول ويكاد منشأها يكون على الدوام ناتجا من اصابات جرحية أو خراجات انفتحت فى القناة الفقرية

وكذا التهاب النخاع الشوكى المزمن يسبق بظواهر تهيج لكن حيث كان اشتراك العصايا فى هذا الالتهاب المزمن البطئ السير قليلا غير ممتد فظواهر التهيج المذكورة تقتصر فى الغالب على آلام غير قارة واحساس بتنمل فى الاطراف وانقباضات عضلية مؤلمة وقتية ومع ذلك فالمرضى يشكون فى كثير من الاحوال بالم أهم فى جزء العمود الفقرى الموازى للصقر الملتهب من النخاع وهذا الالم يتزايد بالضغط على النتوات الشوكية لا بحركات العمود الفقرى وهذا أمر مهم فى التشخيص التمييزى بين التهاب النخاع الشوكى والعصايا الشوكية واحيانا ينضم لهذا الالم احساس بمنطقة صلبة محيطة بالجذع وفى أحوال أخرى قد يفقد الالم الذاتى لكن الفقرات تكون شديدة الحساسية عند الضغط عليها وعند مس الظهر باسفنجة منغمسة فى الماء الحار يشاهد ان الجزء المصاب بالالتهاب كثير الحساسية دون غيره من باقى الاجزا وينضم لهذه الاعراض التى لا يرتكن اليها فى غالب الاحوال ثقل فى الاطراف السفلى وكلما كان مجلس الالتهاب مصيبا الاجزا أكثر ارتفاعا

من النخاع كان الشلل أكثر امتدادا فان كان الجز القطنى هو المصاب حصل شلل فى الاطراف السفلى وان كان الجزء الظهرى هو المصاب اشتركت العضلات العاصرة فى الشلل وان كان الجزء العنقى هو المصاب امتد الشلل الى الاطراف العليا والى عضلات الصدر الموازية له وشلل النصف السفلى يكون مصحوبا بانستازيا هذه الاجزا أى فقد حساسيتها لكن الغالب ان يكون فقد الحساسية عظيما جدا بحيث لا تتأثر المرضى من المنبهات المهيجة الظاهرة التى تؤثر على النصف السفلى من الجسم وحيث ان حساسية الاطراف السفلى تكون متناقصة فالمرضى لا تحس بارتفاع الارض التى يمشون عليها ولا انخفاضها ولذا انهم عند المشى يرفعون أطرافهم السفلى الى أعلا خوفا من العثرة والسقوط وعند تغميض اعينهم لا يمكنهم المشى بالكلية بل عند وقوفهم يهتزون ثم يسقطون على الارض مالم يرتكنوا على شى وحيث لم تكن عضلاتهم طوع قدرتهم تجدهم لا يضعون أقدامهم على الاصقاع المرادة لهم بل بجوارها وحيث لم تكن لهم قوة ارادية فى عضلاتهم حسبما يشاؤن فلا يمكنهم ان يتركوها تسترخى بهدء ولذا لا يضعون اقدامهم حال المشى مع السكون والتؤدة بل تسقط فجأة بعد رفعها بالقهر عنهم فلذا ترى مشى الاشخاص المصابين بشلل النصف السفلى متزايدا بدون طوع ولا اختيار

ومع ارتقا هذا الشلل وفقد الحساسية بالتدريج الى أن يصل الى درجة عظيمة جدا تحصل احيانا انقباضات تشنجية مؤلمة فى العضلات المشلولة زمنا فزمنا وهذه الظاهرة توجه بسهولة بامتداد التهيج الالتهابى الى الاعصاب المحركة المتوزعة فى الاطراف السفلى ولو انقطع اتصالها بالالياف العصبية المركزية وفى الاحوال التى يكون فيها اتصال الاعصاب المحركة بالالياف العصبية المركزية متقطعا بالكلية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية حسب الارادة لا يفقد انتقال التنبيه من الالياف العصبية الحساسة الى الالياف العصبية المحركة حتى يتعسر اويتعذر حصول الانقباضات العضلية المنعكسة بل بعكس ذلك يشاهد ان التنبيه المنعكس فى الاجزا الكائنة أسفل محل انقطاع التيار العصبى الارادى يكون متزايدا

لا متناقصا وهذه المشاهدات المرضية تطابق بالكلية التجارب الفسيولوجية اذ من المعلوم ان ظواهر الانعكاس تحصل فى الحيوانات التى يقطع رأسها بكيفية سهلة دون الحيوانات التى لم تزل اعصابها المحركة تحت الارادة فقد شوهد فى بعض الاحوال أنه مع وجود شلل تام فى النصف السفلى عقب التهاب فى العمود الفقرى تحصل حركات انعكاسية واضحة فى الاجزا المشلة باقل ملامسة تقع على جلد الاطراف السفلى فى أى صفر كان بحيث يحصل عند هذه الملامسة انقباضات عضلية تشنجية ومن الغريب ان ازدياد الفعل المنعكس فى مثل هذه الاحوال يتناقص أو يزول بالكلية عند حصول تحسين فى الشلل أو شفائه بحيث يعود تأثير الارادة على الاعصاب المحركة للاطراف السفلى ثانيا وسير الالتهاب النخاعى المزمن وانتهاؤه يختلفان اختلافا تاما فقد يستمر هذا المرض مدة سنين ومن المشاهد بكثرة انه يرتقى الى درجة ما ثم يحصل فيه تقدم نحو الجودة أو الرداءة ومن المرضى من يمضى حياته مع شلل النصف السفلى مباشرا اشغاله خصوصا بعض العلماء أو الشغالين باشغال تخص اليدين بدون التفات الى حالة الشلل والاحوال التى ذكرفيها تحسين الشلل أو شفاؤه تنسب كما ذكرنا للالتهاب السحائى الشوكى لا لالتهاب النخاع نفسه حيث انه لا يقرب للعقل ان الاجزا العصبية المنفسدة فى امتداد عظيم تستعاض ثانيا والانتهاء بالشفا فى الجروح القطعية للاعصاب لا ينافى ذلك والانتهاء بالموت هو الاكثر حصولا فى الالتهاب النخاعى المزمن بعد تمادى المريض على الفراش زمنا طويلا وهذا الانتها يحصل بالغنغرينا الوضعية أو بالالتهاب المثانى الذى ينشأ من احتباس البول ان لم تهلك المرضى قبل ذلك بالدرن الرئوى أو بامراض طارئة أخرى

﴿ المعالجة ﴾

فى الاحوال المرضية الحديثة متى استدل بالاعراض الحمية وآلام الظهر والآلام الدائرية وغيرها من ظواهر التهيج على ان التغير الالتهابى فى النخاع موجود يوصى باستعمال المعالجة المضادة للالتهاب القوية بواسطة الاستفراغات الدموية الموضعية المتكررة والوضع المستمر للمثانة الجليدية على العمود الفقرى مع حفظ الراحة التامة وكذا الوضع المتكرر لجهاز المحجم

الفخذى لفيسينوس على أحد الاطراف السفلى قديكون ناجحا فيما اذا
استمرت الالام عقب الاستفراغات المذكورة ثم يحصل فيها تناقص عقب
وضع هذا الجهاز وكذا استعمال المركبات الزئبقية كالزئبق الحلو ولاسيما
الدلك بالمرهم الزئبقى المستمر حتى يحصل التلعب قد يحصل منه على فائدة
عظيمة فى الالتهاب النخاعى الشوكى الحاد كما يحصل فى غير هذا الالتهاب
من الالتهابات المهمة وذكر برونسكار دان استعمال كل من الاتروبين وست
الحسن نافع وذلك لانهما يحدثان تناقصا فى الاحتقان بسبب تأثيرهما المحدث
لانكماش فى الاوعية لكن لم يتأيد ذلك بتجاريب غيره من الاطبا ولا ينبغى
الاهمال فى استعمال المحولات على القناة المعوية

وعند تقدم سير هذا المرض أو فى ابتدائه ان كان كامنا بطيئا لا تثمر
الاستفراغات الدموية ولا المهيجات على قسم الظهر المريض كالحراريق
والدلك بالمراهم المنفطة حتى يحصل الطفح بل تستعمل الوسائط الممدوحة
سابقا وهى المقص والحديد المحمى والحزام التى قل استعمالها فى وقتنا هذا
وذلك لانها عند الشك فى نجاحها تكون مؤلمة للمريض جدا لكن ينبغى
الالتفات لانتخاب محل وضعها خصوصا عند مثل هؤلاء المرضى المجبورين
على الوضع المستلقى على الظهر بسبب الشلل وذلك لسهولة حصول
الغنغرينا الوضعية عندهم وبعد انتهاء المعالجة المضادة للالتهاب يمكن
بقصد سرعة الامتصاص استعمال يودور البوتاسيوم مدة أسابيع بل ومن
الجائز تكرار استعماله لكن من المعلوم انه قليل الجدوى فى الالتهاب
النخاعى وكثيرها فى التهاب العصايا النخاعية

وعند ما يحكم من استمرار الظواهر المرضية على حالة واحدة بان دور
الالتهاب قد انتهى يجب الانتقال لاستعمال معالجة منبهة قوية بقصد
انتعاش وظائف النخاع التى خمدت وانحطت والكهربائية التى هى المؤثر
القوى فى معالجة الشلل كما هو المعلوم لم تكن تستعمل سابقا الا فى الادوار
المتأخرة فانه يخشى من استعمالها فى اثناء دور الالتهاب من ازدياد التهيج
ولكن فى العصر المتجدد قد صار استعمالها بالاقل على صفة التيار المستمر
فى الاشهر الاول من هذا المرض متى كان الالتهاب ذا سير مزمن من الابتداء

بل و نسب لها فى مثل هذه الاحوال تاثير مضاد للالتهاب ومثل التجربة بالمعالجة الكهربائية المبادر بها تحتاج لاحتراس عظيم بمعنى ان يستعمل فى الابتداء كهربائية ذات تيار خفيف جدا حتى لا يكاد يدركه المريض الا قليلا ويوقف استعمال هذه المعالجة متى ازدادت ظواهر التهيج وفى الادوار المتأخرة لهذا المرض يستعمل لمضاربة الشلل المتخلف عنه تيار كهربائى قوى صاعدا غير مؤلم كل يوم من دقيقتين الى خمسة مع الاستمرار على استعماله جملة أشهر اذ قد دلت التجارب على ان التحسين قد يحصل متأخرا جدا بعد قطع العشم من وقوعه فان معظم نجاح المعالجة الكهربائية واضح فى أحوال الشلل النخاعى

وأما الاستركنين الذى كان يستعمل سابقا بكثرة فلا يستعمل الآن مع الكهربائية التى هى أقوى وأجود تأثيرا منه الا بندرة ويجوز استعماله عقب انطفاء الالتهاب فى أحوال الشلل المزمن الغير المصحوب بحركات انعكاسية ومن الوسائط المنبهة المستعملة فى هذا المرض الحمامات الحارة التى بحرارتها تحدث تأثيرا منبها من الدائرة للمركز على الاعضاء المركزية بواسطة الاعصاب الجلدية ولذا تستعمل بكثرة فى أحوال شلل النخاع عقب انتهاء دور الالتهاب مع النجاح وتستعمل اما الحمامات الحارة الاعتيادية فى الحياض ولاسيما المياه الحارة الطبيعية كفلدباد وتيپلتس وجاستين ورجاتس ونحو ذلك وفى الاحوال التى فيها قابلية التنبيه قليلة تستعمل المياه الملحية القلوية الفاترة كاريه ونوهين بل والحمامات العطرية وعند ماتوجد الانيميا وضعف التغذية ينبغى استعمال الغذاء المقوى والهواء الجيد والكينا والحديد وزيت كبد الحوت فانها تساعد فى المعالجة ومن الجيد كذلك تمرين العضلات الضعيفة بتحريك الاطراف والوقوف والمشى أو بالتيار الكهربائى المتقطع عندما يكون الشلل تاما لكن المبادرة باستعمال ذلك فى الالتهاب النخاعى الحاد كما ثبت ذلك بمشاهدات المعلم لايدن مضر وفى معالجة المرضى المصابة بمرض فى النخاع ينبغى الاجتهاد فى تجنب حصول الغنغرينا الوضعية والالتهاب لشلل المثانة وتلطيف الآلام الدائرية والتشنجات العضلية بواسطة المسكنات والحقن تحت الجلد بالمورفين

﴿المبحث الخامس﴾
(فى التولدات المرضية الجديدة)
(والطفيلية للنخاع الشوكى ولفائفه)

التولدات المرضية الجديدة يندر وجودها فى القناة الفقرية بقطع النظر عن الصفيحات الغضروفية والعظمية من العنكبوتية الشوكية التى سبق الكلام عليها . اما التولدات السرطانية التى يكون منسوجها انخاعيا فطريا فهى اما ان تحصل حصولا اوليا فى النخاع الشوكى أو الام الجافية أو انها تنشأ من الفقرات وتمتد الى النخاع ولفائفه وعند نمو هذه التولدات الخبيثة نموا عظيما تكاد تملأ القناة الفقرية فعقب ضمور النخاع من الضغط الواقع عليه أو استحالته الى مادة سرطانية وقد تبرز الى الظاهر وتصل الى تحت الجلد بعد فساد الفقرات وتلاشيها - وأما الاورام اللحمية والدهنية والليفية والعصبية فلم تشاهد فى القناة الفقرية الا فى أحوال نادرة جدا ومنشاؤها يكون من الام الجافية وتكاد لا تصل الى حجم عظيم مطلقا - وأما الاورام الصمغية الزهرية فهى كاورام الدماغ الصمغية الزهرية فقد تصاحب الداء الزهرى البنى وأما الدرن فلا يشاهد فى النخاع الا عند تقدمه فى غير هذا العضو من باقى الاعضاء ويكون على شكل عقد مصفرة من حجم البسلة الى حجم الفندقة ومجلسه غالبا الجزء العنقى من النخاع الشوكى أو الجزء الفقرى منه وأكثر من ذلك مشاهدة الاستحالة الدرنية فى الام الجافية على شكل الارتشاح الدرنى مصاحبا التسوس درنى فى الفقرات وأما الاورام الحويصلية والايكينوكوكية فلم تشاهد فى القناة الفقرية الا نادرا وهى اما أن تتكون بين اللفائف الشوكية أو بجوار العمود الفقرى فتثقبه وتنفذ فى القناة الفقرية بعد تهتك الفقرات وتلاشى قنواتها

ثم ان أورام القناة الفقرية متى عظم حجمها تحدث انقطاعا فى التواصل العصبى بين المخ والاعصاب الدائرية ولذا ينتج عنها شلل النصف السفلى وفقد حساسية الاجزاء الكائنة أسفل مجلسها وكل من الشلل وفقد الحساسية يسبق بظواهر تهيج تارة خفيفة وتارة شديدة وذلك بحسب كونها تحدث اما ضمورا فى النخاع بالضغط عليه أو تهيجه فتحدث تغيرات التهابية

فى الاجزاء الكائنة حوله واختلاف مجلس هذه التولدات المرضية الجديدة ينتج عنه اختلاف فى الاعراض بالنسبة لامتدادها وكون التولدات المرضية الجديدة فى النخاع الشوكى لا تصطحب غالبا بآلام شديدة فى الظهر وبعكس ذلك يكثر اصطحابها بآلام عصبية فى الاطراف تسبق الشلل وكون هذا الشلل يظهر غالبا فى أحد الاطراف ثم يمتد بالتدريج الى الطرف الثانى مما لا يرتكن اليه ولا يعتبر فى التشخيص التمييزى بين أورام النخاع والتهابه المزمن وانما فى الاحوال التى فيها يمتد السرطان من النخاع الشوكى الى الظاهر يكون التشخيص أكيدا وكذا ظهور السرطان أو الدرن أو التولدات الطفيلية فى غير النخاع من الاعضاء يجوز الظن بوجود أورام مماثلة لها تكونت فى القناة الفقرية ونتج عنها بالتدريج شلل النصف السفلى فى الحالة الراهنة ولاسيما يعتبر ذلك ولا بد فى الداء الزهرى البنيى بالنسبة لتشخيص الاورام الزهرية الصمغية للنخاع وفى معالجة أورام النخاع لا يتحصل على فائدة من استعمال المحللات بالنسبة للتولدات الجديدة وانما يمكن الحصول على نوع فائدة بالنسبة للتكاثفات التى تحصل فى محايا النخاع الشوكى عقب الالتهابات المزمنة بواسطة المهيجات الجلدية الشديدة واستعمال يودور البوتاسيوم من الباطن أو الينابيع الطبيعية المحتوية على اليود والينابيع الفاترة البسيطة أو الملحية أو القلوية وفى أحوال الاورام الزهرية الصمغية للنخاع ونحوها يمكن الحصول على فائدة عظيمة باستعمال المعالجة النوعية المضادة للداء الزهرى وفى الاورام الايكنوكوكية التى تظهر فى قناة النخاع الى الخارج قد تستعمل معالجة جرحية بل زعم بعضهم انه من الجائز اذا كان الورم ذا وضع جيد (اعنى على السطح الخلفى من النخاع خارجا عن الام الجافية) يمكن اجراء عملية ثقب القناة الفقرية ونزع الورم بالسلاح ومع ذلك فمن النادر أن يتيسر تشخيص مثل هذه الحالة حتى تفعل هذه العملية بنوع تأكيد وبالجملة فكل من الآلام الشديدة وشلل المثانة والغنغرينا الوضعية المهددة يحتاج لمعالجة عرضية لائقة

(المبحث السادس)

(فى الاستسقا النخاعى الخلقى المعروف بداء الحدبة)

للاستسقاء النخاعى الخلقى شكلان باطنى وظاهرى فالاول عبارة عن تجمع سائل مصلى فى القناة النخاعية المركزية الجنينية وهذا السائل المتجمع يؤدى بطريق الضغط اما الى ضمور النخاع ضمورا تاما حتى يتلاشى ويضمحل بالكلية ويسمى ذلك (بالآميلى) أى فقد النخاع أو الى انشقاق النخاع انشقاقا تاما أو غير تام

وأما الظاهرى فهو عبارة عن تجمع كمية عظيمة من سائل مصلى فى المسافة تحت العنكبوتية ففى كلا هذين الشكلين يبقى العمود الفقرى منطبقا وهذا هو المعروف بالاستسقا النخاعى الخلقى المنغلق أو انه يوجد انشقاق فى العمود الفقرى انشقاقا كثير الامتداد أو قليله وهذا ما يسمى بالاستسقا النخاعى الخلقى المنفتح أو داء الحدبة

ثم انه يوجد فى أحوال داء الحدبة كيس ممتلئ بمادة مصلية مغلف بالسحايا الشوكية على مسير العمود الفقرى ومستطرق بالقناة الفقرية لوجود مسافة خالية ناتجة عن عدم تكوين قوس فقرى أو جملة أقواس فقرية ومجلس هذا الكيس القسم العجزى أو القطنى ويندر وجوده فى القسم الظهرى والعنقى وحجمه يكون من الجوزة الى راس الطفل والجلد المغطى له تارة يكون حافظا لاوصافه الطبيعية وتارة ضامرا مسترقا أو زائلا بالكلية فى قمة الورم فيكون الكيس اذ ذاك متعريا أو تظهر قمته متسلخة ويكون مغطى احيانا بقيح وتحببات لحمية وجدر الكيس نفسه تتكون فى هذه الحالة من العنكبوتية والام الجافية اذا كان داء الحدبة ناتجا عن الاستسقا الشوكى الظاهرى واحيانا تنثقب الام الجافية فتتكون جدر الكيس حينئذ متكونة من العنكبوتية فقط وأما اذا كان داء الحدبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الباطنى فالام الحنونة هى التى تكون احدى طبقاته ومتحصل الكيس يكون متكونا من مادة مصلية شبيهة بالسائل الدماغى الشوكى والنخاع الشوكى ينعدم بالكلية فى أحوال داء الحدبة الناتج عن الاستسقا الشوكى الباطنى اما بالكلية أو يكون بالاقل غير تام النمو وأما اذا كان داء الحدبة

ناتجا عن الاستسقا الفقرى الظاهرى فقد يكون النخاع الشوكى على حالته الطبيعية وقد يكون غير تام النمو أيضا فى مثل هذه الاحوال وكيفية حصول الاستسقاء النخاعى الخلقى وأسبابه مجهولة لنا و يظهر ان تجمع السائل هو التغير الابتدائى وعدم تمام تكون القناة الفقرية هو التغير الثانوى ثم ان اعراض الاستسقاء الفقرى المصحوب بداء الحدبة الجزئى تنحصر فى العلامات المدركة التى يتصف بها الكيس المصلى السابق ذكره وأما أحوال الاستسقاء الفقرى المضاعفة بعدم نمو فى النخاع الشوكى وامتداد شق القناة الفقرية فلا نتكلم عليها حيث ان الاطفال فى مثل هذه الاحوال تهلك قبل الولادة أو بعدها حالا والغالب أن يحس فى الورم بتموّج واضح ويحس أيضا بحافته العظمية وهذا الورم يعظم حجمه فى أثناء حركة الزفير ولاسيما فى حالة الصراخ والزحير و يصغر فى اثناء الشهيق و يمكن رده احيانا لكنه يحصل للمريض حينئذ نوب فقد فى الادراك خفيفة أو تشنجات عامة وفى بعض الاحوال يكون الفعل العصبى للاطراف السفلى والمثانة والمستقيم على حالته الطبيعية وفى أحوال أخرى سيما التى يكون نمو الجزء الاسفل من النخاع فيها غير تام أو مفقود بالكلية تكون الاطراف السفلى والمثانة والمستقيم مشلة وهذا الورم يأخذ عادة عقب الولادة بقليل فى الازدياد والتوتر ثم ان احرار الجلد المغطى له واسترقاقه وانثقابه يحصل فى أغلب هذه الاحوال عقب انثقاب الكيس مع حصول تشنجات عمومية يعقبها كوما بل ويهلك معظم الاطفال وان لم ينثقب الكيس عقب حصول الشوكة بحيث يندر أن تصل الاطفال المصابة بداء الحدبة الى سن البلوغ أو تتعدى هذا الطور

ولا ينبغى التعرض لفعل ادنى عملية علاجية أو جراحية فى الاحوال التى فيها يدل كل من نحافة الاطراف السفلى وشللها على عدم نمو النخاع وأما فى الاحوال الاخرى فينبغى فعل عملية الضغط التدريجى اللطيف على الورم فان لم ينجح ذلك وجب الشروع فى عملية داء الحدبة المذكورة فى كتب الجراحة

﴿المبحث السابع﴾

(في السل النخاعي الشوكي)

(ويعرف باضطراب الحركة التدريجي للمعلم دوشين وبالاستحالة السنجابية)

(لاحبلة النخاع الشوكي الخلفية وتيبسها للمعلم ليدن)

(كيفية الظهور والاسباب)

يوجد على العكس لبعض أمراض النخاع التي تنتشر على جميع قطره المستعرض ولو بكيفية غير مستوية أمراض أخرى تقتصر بكيفية متفاوتة على أجزاء محدودة من قطره المذكور وحينئذ تنشأ صور مرضية واصفة على حسب اختلاف وظائف الاجزاء المصابة من النخاع فيعتبر كل من الضمور العضلي التدريجي والشلل النخاعي في الاطفال آفات موضعية لاجزاء مخصوصة من النصف المقدم لقطره المستعرض بخلاف الاصابة المرضية في المرض الذي نحن بصدده

وبالنسبة لاسباب اضطراب الحركة التدريجي قد لا تعرف له أسباب واضحة في كثير من الاحوال ويظن غالبا ان منشاءه في الرجال الافراط من الشهوات التناسلية بل كثير من الاطباء والعوام الى الآن يجزمون بذلك فالمرضى المصابون بهذا الداء يرثى لحالهم فانهم مع ثقل مرضهم كثيرا ما يفقدون التأسف عليهم والرحمة لهم حتى من أقرب الناس اليهم ومن الجائز ان الافراط من تلك الشهوات كغيره من المؤثرات المنبهة المنهكة كالتيفوس الثقيل والداء الزهري والادمان على السكر وكل من تكرار الولادة والارضاع للنساء يساعد على حصول هذا المرض ولذا كان عند كثرة الافراط من هذه الشهوات التناسلية سيما الموبقة الشهيرة بجلد عميرة لا يحكم بان هذا المرض نتيجة حقيقية عن تلك الموبقة الا في أحوال استثنائية وخطاء الظن بالمصابين بامراض النخاع الغالب ان منشاءه كون الشهوات التناسلية المنوطة بتأثير النخاع الشوكي اللاواسطي تتزايد في ابتداء هذا المرض ثم تتناقص أو تزول بالكلية فيما بعد فكان منشأ ذلك وضع النتيجة موضع السبب والظاهر خلاف ذلك فان تأثير البرد الشديد والمشاق الجسمية الثقيلة وتعب الاطراف الشاق بالمشي ونحو ذلك يحدث

بلاشك هذا المرض كما يحدث الالتهاب النخاعى سيما عند اجتماعهما كما هو الواقع فى العساكر عند الحرابة والشغل فى المياه وماعدا ذلك يشاهد السل النخاعى فى جميع الطبقات من الجمعية الانسانية على اختلاف البنية ومن المعلوم انه لا يندر معرفة السبب المتمم لهذا المرض بالكلية وهذا يدل على ان الاستعداد البنى غير المعلوم له دخل عظيم فى منشأ هذا المرض وقد يوجد فى بعض الاحوال استعداد واضح يستدل عليه بوجود هذا المرض أو غيره من الامراض العصبية المزمنة كالتشنجات الصرعية والخوندار يا والامراض العقلية فى احد عائلة المريض وينبغى الاحتراس من قبول قول بعض المرضى ان انقطاع افراز عرق القدمين الاعتيادى هو السبب فى حصول هذا المرض لهم فان ماذكر يكون غالبا نتيجة لهذا المرض لا سببا له ولا يوجد عند الاطفال استعداد لهذا المرض فان حصول هذا المرض النادر يكون من سن الثلاثين الى الخمسين ثم لا يكاد يوجد والرجال أكثر اصابة من النساء

﴿الصفات التشريحية﴾

فى الاحوال الحديثة من هذا المرض لا توجد الا تغيرات تشريحية قليلة وقد لا توجد بالكلية وأما الاحوال العتيقة فتكون فيها الاحبلة الخلفية من النخاع الشوكى متضايقة جدا وضامرة وذات هيئة سنجابية شفافة قليلا وقوامها صلب (وتسمى بالاستحالة السنجابية أو التيبس السنجابى للاحبلة الخلفية النخاعية الشوكية) ويكون الجزء المريض ذا شكل اسفينى قاعدته الى الخلف نحو الأم الحنونة وتكون متفاوتة العرض وفى المحل الملامسة فيه الاحبلة الخلفية المريضة للسحايا تكون هذه الاغشية ملتهبة متكاثفة ملتصقة بالنخاع وبذا يستدل من هذه المتحصلات الالتهابية السحائية على ان التغير المرضى فى النخاع نفسه من طبيعة تهيجية التهابية مزمنة وليس مجرد ضمور وبالبحث الميكرسكوبى يتضح وجود ضخامة فى الاغمدة العصبية واستحالتها الى منسوج خلوى رقيق وأما الالياف العصبية التى بينها فتكون مستترقة ولها ضامر احتى اسطوانتها المركزية وربما كان هذا اللب مفقودا بالكلية فتحل محله مادة دهنية حبيبية دقيقة وجسيمات

نشوية وقد اختلفت الاراء فى كون المرض الاصلى ناشئا من الاغمدة العصبية أو من الالياف نفسها لكن وجود التغير المرضى قاصرا فى الغالب على الاحبلة الخلفية يؤيد القول الثانى كما قاله شركو والاوعية الدموية تكون احيانا غير متغيرة وتارة تكون طبقتها الظاهرة متكاثفة مكابدة للاستحالة الشحمية وقطرها متضايقا أو منسدا بالكلية

وعلى مقتضى تجارب كل من المعلم شركو وبيرى لا يكون المصاب مطلق أجزاء من الاحبلة الخلفية للنخاع الشوكى بل أجزاء محدودة معينة وبذلك تنشأ الصورة المرضية لاضطراب الحركة التدريجى وهذه الاصقاع ليست هى الاجزاء الاسفينية المركزية من الاحبلة الخلفية المسماة بأحبلة جول وان كانت تكاد تصاحب على الدوام بل توجد على رأى هذين المعلمين فى شريطين جانبيين دقيقين سنجابيين تتحد اتحادا تشريحيا مع امتداد الالياف العصبية النخاعية الباطنة للجذوع الخلفية المعبر عنها تبعا لكوليكير بالالياف الانسية لجذوع النخاع فتيبس هذين الشريطين من الاحبلة الخلفية هو التغير التشريحى الوحيد اللازم لاضطراب الحركة التدريجى بخلاف تيبس الاجزاء الاسفينية فلا يترتب عليه حصول هذا المرض

ثم ان التغير التيبسى الذى نحن بصدده قد يمتد من الاحبلة الخلفية الى أجزاء أخرى فكثيرا ما توجد الجذوع العصبية الخلفية متيبسة ضامرة بل واعصاب مختلفة كالعصب الوركى والفخذى والعضدى ولاسيما بعض الاعصاب الدماغية كالبصرى والمحرك للمقلة والصدغى وتحت اللسان وفضلا عن ذلك فقد يمتد التغير المرضى عن حدوده الاصلية نحو الظاهر الى القرون الخلفية من الجوهر السنجابى والى الاحبلة الجانبية بل والى الامام نحو أخلية القرون المقدمة السنجابية ويتضح من ذلك أنه فى مثل هذه الاحوال لابد وان ينضم الى الاعراض الاصلية للسل النخاعى اعراض مضاعفة على حسب وظائف الاجزا المصابة ثم ان التغير المرضى قد يبتدى باصقاع معلومة من النخاع ثم يمتد فى الغالب على حسب المحور الطولى لهذا العضو لكنه يبتدى عادة بالقسم الشوكى القطنى ثم يصعد منه الى الشريطين الجانبيين من الاحبلة الخلفية الى النخاع العنقى الى بعض

أعصاب الدماغ كما ذكرنا بل قد يشترك معه الدماغ نفسه فى الاصابة المرضية كما يدل على ذلك وجود اضطرابات عقلية معروفة بالخمود ومن الجائز عكس ذلك أعنى ان اصابة الدماغ الاولية قد تعقبها اصابة النخاع الشوكى فقد برهن (وستفال) على أن الشلل التدريجى الجنونى قد تصاب فيه الاحبلة الخلفية من النخاع بالتيبس

﴿الاعراض والسير﴾

يعترض على المعلم دوشين ولابد حيث لم يعرف اشغال رومبيرج وتجاربه عندما نشر رسالة فى اضطراب الحركة التدريجى من جهة ومن جهة أخرى نعترف له بالفضل لكونه فحص عن هذا المرض بغاية الدقة فنشأ من ذلك الرأى العمومى المقبول المنتشر الان القائل بان المهم فى هذا المرض ليس الشلل فى الحقيقة بل اضطراب الحركة العضلية وعدم توافقها

وفى الدور الاول من هذا المرض تكون الالام العصبية والثورانات الحية الاعراض الوحيدة مدة طويلة من الزمن فالالام العصبية منشأوها التهيج الالتهابى للجذوع الخلفية وامتداداتها نحو الجوهر السنجابى ويندر أن تبتدأ بالاطراف العليا بل الغالب ظهورها فى الاطراف السفلى والقدمين وكثيرا ما تتضح فى احدى الجهتين أكثر من الاخرى وتارة تكون عبارة عن احساس بتنمل أو الام ممزقة أو جاذبة أو واخزة وتارة وهو الغالب تكون عبارة عن وخز كهربائى وقد اعتبر شاركو ان هذا الاحساس الكهربائى الذى يحصل على شكل نوب تتردد بعد فترات أسبوعية أو شهرية وتشتد مدة الليل علامة واصفة لاصابة الشريطين الجانبيين من الاحبلة الخلفية للنخاع الشوكى اللذين هما المجلس الحقيقى لهذا المرض ومن المعلوم ان هذه الالام الصاعقية تشاهد فى غير هذا المرض من أمراض النخاع الشوكى لاسيما فى التهابه الاعتيادى فهى تثبت فى مثل هذه الاحوال ان الشريطين المذكورين مصابان مع النخاع ايضا ومن النادر جدا فقد هذه الالام الصاعقية فى المرض الذى نحن بصدده فقدا مستمرا

ثم ان الدور الاول من هذا المرض المبين بالالام فقط مختلف المدة فقد يستمر جملة اعوام بل فى الاحوال التى فيها لا يتم اتضاحه قد لا تظهر اعراضه الواصفة

بعد ذلك بالكلية وأما عند تقدم سيره فالالام الدائرية تمتد وتعتبر فى الابتدا الامارو ماتزمية أو الاماعصبية محضة كعرق النسا وغيره فتصعد من الاطراف الى أجزا من الجسم اعلا منها بحسب تقدم المرض فى النخاع فيظهر الاحساس بضيق مؤلم فى الجذع (أى الاحساس المنطقى) واحيانا تحصل انقباضات مؤلمة فى المستقيم والمثانة مصحوبة بزحير مستقيمى أومثانى أويدفق المريض مع الالتذاذ أو الانتصاب غير التام سائلا منويا أوافرازا صافيا آتيا من البروستتة اومن حويصلات كوبير ثم تظهر الام عصبية فى اتجاهات عصبية أخرى للنصف العلوى من الجسم كاعصاب الذراعين والضفيرة العنقية أو تفرعات التوامى الثلاثى وأما الالام الظهرية الاعتيادية وزيادة حساسية العمود الفقرى والاجزاء الرخوة المغطية لها بواسطة الضغط فلايشكوها المصابون بالسل النخاعى الااذا كانت الفروع الخلفية من الاعصاب الشوكية متهيجة تهيجا شديدا والمصابون بهذا المرض لايكون أول تشكيهم بالالام العصبية السابقة بل بالاحساس الواضح السريع الظهور بتعب الاطراف السفلى حالة المشى مع عدم تناقص فى قوة الفعل العضلى حتى ان المعلم اسپيت ميزشكلا مخصوصا من السل النخاعى فيه يتضح فى الدور الاول منه بدلا عن الالام الشديدة الاحساس السريع الظهور بالتعب السابق وهذا الاحساس يمكن توجيهه بالتزايد المرضى لقابلية تنبيه الجذوع الخلفية فانه فى الاحوال الصحية الفسيولوجية يتعلق الاحساس بالتعب بعظم الفعل العضلى فان كانت قابلية تنبيه الجذوع الخلفية متزايدة كفى ولابد أقل مجهود عضلى فى احداث عين هذا التأثير أى الاحساس بالتعب وعند تقدم سير المرض فى هذا الدور يمكن ان يحصل تناقص حقيقى فى الفعل العضلى وقديظهر فى بعض الاحوال عرض مهم كثيرا مايتقدم فى الظهور وهو نوب الام عصبية معدية تستمر جملة أيام مع قئ مستعص والظاهر ان هذه النوب التى تحصل عادة مع تردد الالام الوخزية السابق ذكرها متعلقة بتهيج الفروع الحساسة المعدية وهنالك ظاهرة متخصصة مهمة وان كانت غير ملازمة للدور الاول فى هذا المرض وهى الاضطرابات الوظيفية

لبعض الاعصاب الدماغية بل قد يسبق الاضطراب فى وظائف تلك الاعصاب
بزمن متفاوت جميع اعراض هذا المرض والعادة ان تصاب الاعصاب
المحركة للمقلة كالمحرك المشترك والانسى ويندر اصابة الوحشى فيحصل تبعا
لضعف حركات بعض عضلات المقلة ضعف فى حركات المقلة المتعلقة هى بها
فيحصل الحول وسقوط الجفن واسترخاؤه وازدواج المرئيات وضعف
التكيف ومما ينبغى الالتفات له كون اضطرابات حركة المقلة هذه تظهر حالة
تعاقب مختلفة ولو مع استمرار المرض الاصلى وتثاقله فقد تتحسن أو تزول
بالكلية ثم تعود وكثيرا (أقله فى ثلث الاحوال) ما يظهر عند المصابين بالسل
النخاعى ضعف فى الابصار وقد يكون هذا عرضا أوليا وهذا الضعف يبتدأ
فى الغالب بعين واحدة ويكون على شكل تضايق مركزى فى اتساع مد
الابصار مع شكل مخصوص أحيانا من الاكروماتيبسيا (أى عدم تمييز الالوان)
ويكاد ينتهى على الدوام مع التثاقل بفقد الابصار فقدا تاما وعند البحث
بالمراة العينية تظهر حلمة العصب البصرى المصاب بالتيبس السنجابى غير
شفافة بل متشبعة بالبياض ومحدودة بالدقة وأوعيتها قليلة الوضوح وأما
باقى أعصاب الدماغ فتقل اصابتها بالتغير المرضى الذى نحن بصدده ومع ذلك
فقد شوهد فى بعض الاحوال فقد فى حساسية العصب التوأمى الثلاثى وشلل
أو ضعف فى حركات بعض عضلات الوجه وثقل فى السمع لاحدى الجهتين
وتعسر فى الازدراد بسبب اشتراك اعصاب الاعضاء المنوطة بهذه الوظيفة
والتكلم مع المشقة أو التمتمة عقب اشتراك العصب تحت اللسان فى الاصابة
وكذا سرعة النبض الدورية غير الحمية وعدم انتظام حركات القلب وميل
النبض للضرب المزدوج يمكن نسبتها الاضطراب فى العصب المتحير ولا يوجد
حمى فى هذا المرض متعلقة باصابة النخاع ومع ذلك فقد ذكر كل من ونكل
برغ وكايمنس وروزنتال وجود حركة حمية متعلقة بهذه الاصابة وأما اشتراك
الجزء العنقى من العظيم السنبماتوى فيدل عليه عدم انتظام شكل الحدقتين
فقد شوهد فى بعض الاحوال أن الجهة التى فيها تكون الحدقة أكثر تضايقا
ظواهر شلل فى الاعصاب المحركة الوعائية كاحمرار الوجنة غير
الاعتيادى واحتقان المقلة وانتفاخها انتفاخا كدميا وارتفاع درجة
حرارتها وكذا شوهدت ظاهرة مهمة وهى أنه فى أثناء نوب الالام السابق

ذكرها

واما ثوران حساسية الجلد وفقدها فيشاهد فى الايام الاول من هذا المرض واحيانا فى مدة جميع سيره ان ملامسة الجلد غير اللطيفة تكون مؤلمة للمرضى فيزيد ضجرها وانينها كلما أريد تغيير وضعها فى الفراش او القرع على بعض أجزائها ثم فيما بعد يفقد هذا الاحساس بحيث لاتحس المرضى ولو مع تهيج الجلد الشديد ومع ذلك ففى مثل هذه الاحوال لاينسى الخدر الذى تقع فيه المرضى من فقد الحساسية الدماغية وأقل من ذلك فقد الحساسية الجلدية الدائرية المبينة بان المرضى ولو مع ادراكها لاتحس بتهيج الجلد الابقلة اولاتحس به بالكلية وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء قابلية تنبيه الجذوع الخلفية العصبية بسبب التهابها

واما التشنجات التيتنوسية لعضلات القفا والظهر فلا تفقد الافى أحوال نادرة من الالتهاب السحائى الصاعق وفى الابتداء يكون الرأس قليل الانجذاب الى الخلف ثم يكون فيما بعد زاوية قائمة تقريبا مع الجسم وبهذا الوضع وبالتيتنوس الخلفى للجزء الصدرى والقطنى من العمود الفقرى يتعذر بالكلية على المرضى الاستلقاء على الظهر فان ارتقى التيتنوس الى الدرجة العظمى حصل ولابد تعذر فى حركات التنفس وهذا العرض قد يزول قبل الموت بقليل والغالب ان يستمر بدرجة متفاوتة الى الممات أوالى حصول النقاهة

واما التشنجات الصرعية فنادرة الحصول وهذا الامر مع امتداد الانسكاب على السطح المحدب من النصفين الكريين العظمين للدماغ مستغرب

واما الشلل فالغالب فيه ان تفقد ظواهر الشلل الحقيقى الى الموت ومع ذلك فهناك أحوال يحصل فيها شلل النصف الجانبى من الجسم (أى الفالج) أوشلل النصف السفلى منه كما وان هناك احوالا عديدة يحصل فيها شلل فى اجزاء العصب الوجهى او المحرك للمقلة أوالمبعد لها وتوجيه ذلك سهل بل قلة حصولها مستغرب

واما الاضطرابات العقلية فانه فى ابتداء المرض يكاد يكون الادراك غير مضطرب والمرضى لاتحسن الجواب على مايوجه لها من الاسئلة لكن عما قريب يحصل عندهم عدم راحة وقلق ثم تصير فى قلق من السؤال فلاتجاوب

الامع السآمة اجوبة غير تامة ويوجد عندهم فى الابتداء نوع هذيان لا ينقطع الا بعض دقائق وهو واصف للدور الاول من هذا المرض ثم يظهر عند أغلب المرضى هذيان مختلف الشدة يخلفه حالة خدر

واما اضطرابات الحواس فمنها الالتهاب القرنى وهو ينتج من عدم غلق الاجفان غلقا تاما عند ضعف العضلة المحيطة الجفنية ضعفا اتصف شللى والالتهاب المشيمى النضحى والالتهاب الشبكى ويغلب على الظن ان ذلك نتيجة امتداد الارتشاح الصديدى على مسير العصب البصرى من تجويف الجمجمة الى المقلة ولا يندر ان يؤدى ذلك لفقد الابصار والصمم يحصل بكثرة فى هذا المرض بحيث يلجئنا للقول بانه ينتج عن عدة أسباب اهمها امتداد الارتشاح القيحى على مسير العصب السمعى والاذن الباطنة

واما الطفحات الجلدية فاكثر ما يشاهد منها الحويصلات الهربسية وأقل من ذلك مشاهدة الاريتما والوردية والانجرية والبقع الكدمية والعرق الخبيث وكثرة حصول هذه الطفحات ولاسيما وضعها المسامت المنتظم يودى للقول بانها تتعلق بتهيجات فى أعصاب التغذية كما ثبت ذلك فى الطفح الهربسى المنطقى فى أحوال الآلام العصبية كما أثبته بيرنس برونج

واما الحمى ففيها يفقد تبعا المشاهدات سمسن العديدة الاكيدة الطرز المنتظم فلا يوجد الاقليل من خطوط تقوسات درجة الحرارة مشابه لبعضه بل الغالب ان توجد قذفات وثورانات فجائية قصيرة المدة فى درجة الحرارة وبالجملة يكثر وجود الطرز المتردد مع ثورانات من نصف درجة الى درجة واما درجة الحرارة العالية جدا فتكاد لا توجد الا فى الاحوال الثقيلة التى تنتهى بالموت وفى غالب الاحوال لا ترتقى زيادة عن ٣٩ واما الطرز المتقطع من الحمى الذى يظهر أحيانا مع باقى الظواهر المرضية فى اثناء النقاهة فيعتبره سمسن حمى امتصاص بخلاف الطرز المتقطع الحمى فى الاسبوع الاول والثانى من المرض فانه يعتبره ارتقاء متتابعا للالتهاب السحائى وسرعة النبض لا يستنتج منها ارتفاع درجة الحرارة فقد تكون عظيمة جدا مع توسط درجة الحرارة ويندر ان يشاهد فى ابتداء هذا المرض بطء فى النبض

﴿المعالجة﴾

الاحوال التى يستنتج منها جودة الطرق العلاجية الموافقة لهذا المرض والتى تجدى نفعا هى التى ينعشم فيها بالنجاح من قبل وذلك مطابق لما يشاهد فى جميع الاوبية الخبيثة القتالة لجميع الامراض ومن رام تجربة الطريقة العلاجية فى الاشكال الثقيلة من هذا المرض فلا يحصل على نتايج مهما كانت الطريقة العلاجية وكون المعالجة المستعملة فى الالتهاب السحائى الذاتى التى هى عبارة عن استعمال التبريد بواسطة الوضعيات الجليدية على الرأس وارسال العلق خلف الاذنين وتعاطى الزئبق الحلو من الباطن يوصى بها كذلك فى الالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى يتضح ذلك من منفعتها الواضحة فى المرضى الذين يظهر عندهم مبادى هذا المرض بتأثير وبائه المتسلطن اى الذين يصابون بآلام الرأس والقفا بل وفى الاحوال الواضحة من هذا المرض قد ثبت نجاح هذه الطريقة العلاجية طبقة التجارب أغلب الاطبا الذين شاهدوه وصار رأى من لم ير نجاحها مرتكنا على مشاهدة الاحوال الثقيلة منفردا وليس عندى تجارب مؤيدة لنجاح المورفين من الباطن والحقن تحت الجلد به مع المعالجة الباطنية المضادة للالتهاب لكن هناك مشاهدات عديدة سيما مشاهدات سمسن ومنكوف تؤيد نجاح ذلك سيما الحقن تحت الجلد بالمورفين وقال سمسن لم نشاهد من الحقن المذكور ادنى ضرر ولو تكرر استعماله بل شاهدنا منه نجاحا تسكينيا عظيما بحيث يظهر مع التبريد على الرأس وسائط عظمى فى معالجة الالتهاب السحائى

واما استعمال الكينين ولو فى أحوال هذا المرض الواضحة التقطع فليس فيه أدنى منفعة كما تحقق ذلك عند كثير من الاطبا المشاهدين لهذا المرض

(تنبيه) قد ذكرنا اننا شاهدنا هذا المرض سنتين متواليتين فى بيمارستاننا العمومى وهما سنة ١٢٨٧ وسنة ٨٩ ميلادية وكانت المشاهدة فى اثناء الفصل الحار من السنة وفى كل وباء كان عدد الاحوال المشاهدة فى مدة قليلة نحو الشهرين من الستين الى الثمانين وجميعها بالعساكر

الوطنية ولاسيما السودانية

أما ما يخص التشريح المرضى فلم أجد ادنى اختلاف عما ذكره المؤلف فى كتابه هذا مع انى كررت فعل الصفات التشريحية مرارا عديدة غير انى انبه على شيئين كانا واضحين بكثرة فى هذه الصفات وهما الاول سموكة النضج المرضى القيحى الليفى على قاعدة الدماغ من الخلف ولاسيما المخيخ والنخاع المستطيل بحيث كاد يكون على هذه الاجزاء طبقة ليفية قيحية مستوية كانما غطيت هذه الاجزاء بطبقة كثيفة من الدهن والثانى لين النخاع الشوكى السريع سيما فى النخاع المستطيل والجزء العلوى من النخاع الشوكى بحيث انه عند شق الطبقة الغمدية الخاص بالنخاع من هذه الاجزاء كان يسيل على هيئة مادة مبيضة كثيفة متجانسة كاللبن الكثيف وباقى التغيرات التشريحية هى بعينها كما ذكره المؤلف

واما بالنسبة للاعراض فلم يكن عندى ما اضيفه اليها زيادة عما ذكره المؤلف الا انه على اختلاف الاحوال وكثرة المشاهدات اقول انها شوهدت بجميع تنوعاتها وتسلطن بعضها أحيانا دون الباقى

واما بالنسبة للمعالجة فاننا كنا نستعمل المعالجة التى تقدمت مع الاهتمام بالاكثر بما ذكره من أعنى المعالجة الباطنة المضادة للالتهاب ولاسيما لديجتالا والحقن تحت الجلد بالمورفين والوضعيات الباردة على الرأس وقد شاهدنا نجاح هذه الطريقة حتى كاد الشفا يكون اكثر من النصف فى مجموع الاحوال خفيفة او ثقيلة ولاجل بيان حالة هذا المرض ومعالجته اذكر مشاهدتين من عدة مشاهدات انموذجا تلقاهما أحد تلامذتى وهو سعد سامح فى الاكلينك احداهما انتهت بالشفاء والاخرى انتهت بالموت وفعلت فيها الصفات التشريحية فالاولى انه قد حضر فى يوم السبت الموافق ٨ برموده سنة ٨٧ ميلادية الى قسم الامراض الباطنة الجهادية بالقاعة الاولى نمرة ١٩ شخص يدعى محمود بن اسماعيل من ٤ بجى بياده غرديان ١ بجى اورطة بنيته متوسطة القوة ومزاجه لينفاوى عصبى وسنه نحو الثلاثين

وكان هذا الشخص عند حضوره يتشكى بآلام شديدة فى الرأس ممتدة الى

القفا والعمود الفقرى العنقى الظهرى مع فقد خفيف فى الادراك وحالة هذيان وانقباض فى عضلات القفا والظهر بحيث كان الرأس منجذبا الى الخلف انجذابا خفيفا ومعه أيضا انقباض تشنجى فى الاطراف وكزاز واضح وكل من النبض والحرارة قليل الارتفاع وجميع هذه الاعراض كانت معه من اول يوم

وفى اليوم الثانى كانت حالة المريض ما أذكره وهو ان حالة الادراك كانت متحسنة وكذا حالة الهذيان وأما ألم الرأس وما معه فكان كاليوم السابق وانقباض عضلات القفا والظهر كان على حالة تشنجية تيتنوسية والحساسية العمومية موجودة غير انها متناقصة بحيث لا يكاد يحس المريض بالقرص والحدقتان منقبضتين واللسان مبيضا والنبض بطيأ وحرارة ظاهر الجسم منحطة فأمر له حينئذ بالاستفراغات الدموية الموضعية على الظهر بواسطة المحاجم التشريطية وارسال نحو عشرين علقة خلف الاذنين واعطى له مسهل مكون من اثنتى عشر قمحة من الزيبق الحلو واثنتى عشر قمحة من الجلابة تفعل ثلاث ورقات احداها صباحا والثانية ظهرا والثالثة مساء وامر له كذلك باستعمال المكمدات الباردة على الراس بعد حلقه ولكون ألم الرأس والقفا شديدا جدا احقن بالمورفين تحت الجلد وبملاحظة المريض وجدت حالته تقريبا كالصباح انما ألم الرأس كان متناقصا وانقباض عضلات العنق خفيفا وكان قد اثر فيه المسهل جملة مرات

وفى اليوم الثالث وجدان المريض حافظ لقوته العقلية وانقباض الاطراف العضلى كاد لا يوجد وأما الذى فى القفا والظهر فهو وان كان موجودا الا انه اخذ فى التناقص بحيث ان المريض كانت له قدرة على فعل بعض حركات فى العنق وانما امالته للامام كانت عسرة وكل من ألم الرأس والعنق والظهر لم يزل مستمرا الا انه متناقص وبالضغط على فقرات القسمين الاخيرين كان يزداد وكانت الحدقتان متمددتين غير متحركتين واللسان مبيضا والبطن منقبضا والنبض بطيئا غير منتظم يصل الى ٦٠ فى الدقيقة الواحدة

وفى اليوم الرابع وجدت الاعراض متحسنة يعنى ان ألم كل من الرأس والقفا والظهر متناقص وتمدد الحدقتين أقل من اليوم السابق وكذا الانقباض العضلى فى القفا والظهر أقل والحساسية العمومية متناقصة غير ان الخدر أكثر وضوحا والنبض متزايد حتى انه وصل ٩٦ فى الدقيقة الواحدة والحرارة بلغت ٣٩ درجة وخطين تحت الابط

وحيث ان الاعراض الجيدة كانت متزايدة عن اليوم الماضى امر للمريض اذذاك باستعمال منقوع الديجتالا ١٢ قمحة فى ست اواق من الماء مع جرام من ملح البارود مع التمادى على المكمدات الباردة على الراس وكذا امر له بوضع جراقة عريضة على القفا ولم يعط سوى بعض اغذية سائلة خفيفة جدا

ثم فى اليوم الخامس وجدت اعراض المريض الجيدة وخلافها متحسنة والنبض والحرارة متناقصا عن اليوم قبله وانما تشكى المريض بآلام شديدة فى مفصل الركبتين ولاسيما الجهة اليمنى حتى انه من شدتها لم يستطع تحريك الاطراف السفلى وتمادينا على المعالجة هكذا فى اليوم السادس وانما زيد عليها استعمال مروخ كافورى مسكن

ثم من اليوم السابع الى العاشر اجرينا هذه المعالجة السابقة مع تنوعات خفيفة بحسب ثوران بعض الاعراض او انحطاطها وهكذا

وفى اليوم المتمم للعشرين منع استعمال الديجتالا بالكلية حيث ان ارتفاع الحرارة والنبض زال بالكلية ولم يبق سوى الضعف والام الراس والقفا وثوران خفيف فى الحمى مساء وتمادينا هكذا على المعالجة الى ابتداء شهر بشنس مع استعمال الاغذية اللطيفة حتى تم شفاء المريض وترك المارستان فى ١٨ بشنس على احسن حال انتهى

واما المشاهدة الثانية فهى انه فى ٢ برمهات سنة ٨٧ حضر الى الاشبتاليه الكبرى بالقصر العينى شخص سودانى يدعى عبد الله من عساكر ٧ بى بلوك ٢ بى أورطه ٢ بى بياده ولدى حضوره صار الكشف عليه فوجد عمره نحو عشرين سنه نحيف البنيه ذا امزاج عصبى ومعه المودوار فى الرأس مع حرارة فيه وفى بقية الجسم والام فى القفا والظهر مع تقلص فى عضلاتهما

والحدقتان كانتا منقبضتين قليلا والنبض سريعا خفيفا غير منتظم ومع ذلك فكان المريض حافظا الادراكه نوعا فامر له بالمكمدات الباردة على الرأس بعد حلقه واجريت له الحجامة التشريطية خلف الاذنين

وفي صبيحة يوم حضوره ازدادت الاعراض السابقة وفقد الادراك رأسا وحدث عنده هذيان جنوني مع ضجر وقلق عظيمين حتى يكاد لا يطيق ملابسه ولا النوم على السرير وغير ذلك والانقباضات العضلية للقفا والظهر كانت متزايدة بحيث انهما اكسبت الجذع شكل القوس مع وجود آلام فيهما تزداد بالضغط وكان يوجد أيضا انقباض في عضلات البطن والاطراف لاسيما السفلى فكانت منثنية على الحوض لشدة انقباضها والحساسية العمومية متزايدة جدا بحيث يتألم المريض من أدنى شئ والنبض خفيفا جدا مع السرعة وعدم الانتظام وقد وصل الى ٨٤ والحرارة كانت مرتفعة حتى وصلت الى ٣٩ وخطين وبالخصوص حرارة الرأس وكانت الحدقتان منقبضتين جدا واللسان أحمر جاف.

فأمر له في ذلك اليوم بالاستفراغات الدموية الموضعية على مؤخر الرأس والقفا والظهر (بان وضع له عشرون علقة خلف الاذنين وفعل له اثنى عشر محجما تشريطيا ستة على القفا وستة على الظهر) واعطى له مسهل من الجلبة والزيبق الحلو من كل ١٢ قمحة في ثلاث أوراق على ثلاثة اوقات في مدة النهار مع التمادى على المكمدات بالماء البارد على الرأس ولم يعط له في ذلك اليوم غذاء

وفي اليوم الثالث كانت الاعراض على حالتها انما النبض كان ٨٨ والحرارة ٣٨ واربعة خطوط فاستعملت المعالجة بعينها وزيد عليها حقنة مسهلة (من منقوع السنا رطل ومن الملح المروقيتان) لعدم تأثير الاوراق المسهلة السابقة ولشدة الآلام استعمل له الحقن بالمورفين تحت الجلد ولم تزل حالة المريض في هذا اليوم بهذه المشابهة بل زاد التشنج العضلى حتى عم الجسم وازداد التقوس بحيث وصل جسم المريض لحالة التيبس حتى لو جبر على انبساط احد الاطراف لتألم من ذلك تألما شديدا فضلا عن عدم استطاعته ووجد عنده

كزاز شديد متقطع بحيث لا يمكن فتح فمه ولو بخفض الفك السفلى بيد اجنبية وكان مع ذلك متقطعا وكانت عيناه مغلقتين غالبا وعند انفتاحهما يحصل له فزع من الضوء واحيانا تكونان شاخصتين والحدقتان متمددتين قليلا ودرجة الحرارة وصلت بالترمومتر الى ٣٩ وكان النبض خفيا جدا بطيئا غير منتظم ووصل الى ٨٤ وظهرت ثمرة الحقن المسكن نوعا حيث كان المريض لا يتألم بالضغط على قسمى القفا والظهر

وبملاحظته مساء وجدان الانقباض العضلى التشنجى للاطراف صار مصحوبا بارتعاش متقطع وفى اثناء الليل انحطت ظواهر التهيج فكانما حصل للمريض هدؤ واستراحة ونوم عميق وهذا بعد ان تبرز على فراشه بدون ارادة وكانت مواد البراز سائلة مسودة كثيرة الكمية كريهة الرائحة وتمادى على هذه الحالة الى الصباح

وفى اليوم الرابع تناقصت الحساسية العمومية وكان النبض خفيا بطيئا جدا غير منتظم ووصل الى ٦٠ والحرارة ٣٨ وخط واحد وباقى اعراض الليلة السابقة كما كانت عليه

وفعلت المعالجة السابقة بعينها وزيد عليها وضع اللبخ الخردلية المتنقلة على الاطراف السفلى

وبالبحث عنه وقت الظهر شوهد فيه انحطاط جميع اعراض التهيج وفقد الهذيان الجنونى بالكلية وحل محل ذلك حالة سبات وكوما عظيمين ولم يزل هكذا الى الليل وبالبحث اذ ذاك شوهد تنوع الانقباض العضلى بحيث كان فى الشق الايسر من الجسم اقوى منه فى الشق الايمن وكذلك الاحساس فكان المريض لم يتألم فى الجهة اليسرى بخلافه فى اليمنى وبقية اعراض هذه الليلة كالتى قبلها والتبرز بعينه

وفى اليوم الخامس وجدت الاعراض التهيجية آخذة فى الانحطاط والاحساس مفقودا فى الشق الايسر وضعيفا فى الايمن وانقباض العضلات بالعكس اعنى موجودا فى الشق الايسر دون الايمن ومتزايدا جدا فى الظهر والقفا حتى كادت قمة راس المريض تحاذى ما بين كتفيه وزال الكزاز

بالكلية

بدون تكون نضح التهابى فيها

وا كثر الاسباب المتممة للالتهاب العصبى الاصابات الجرحية للاعصاب لاسيما جروحها الوخزية والرض والجروح المزقية وفى بعض الاحوال ينشأ الالتهاب العصبى من امتداد التهاب الاعضاء المجاورة الى الاعصاب وهناك أحوال نادرة شوهد حصول الالتهاب فيها حصولا ذاتيا ويسمى حينئذ بالالتهاب العصبى الروماتزمى

﴿الصفات التشريحية﴾

التهاب الغمد العصبى يعرف باحمرار كثير أو قليل متعلق اما بامتلاء الاوعية بالدم أو بانسكابات دموية صغيرة ويكون الغمد العصبى مع ذلك مسترخيا منتفخا رطبا وعندما يكون سير الالتهاب العصبى حادا مؤديا للتقيح يشاهد القيح بكمية عظيمة أو قليلة فى المنسوج الخلوى الهش المحيط بالاعصاب وعندما يكون سيره مزمنا يكون الغمد العصبى ثخينا متكاثفا ذاهيئة ندبية ملتصقا التصاقا متينا بما حوله وأما التهاب اللب العصبى فيعرف باحمراره وانتفاخه ورخاوته وفى الاحوال الشديدة من هذا الالتهاب يستحيل الى عجينة حمراء وفى الغالب يشترك مع الغمد فى الالتهاب وحينئذ تكون حزم الالياف العصبية متباعدة عن بعضها بسبب انتفاخ غمدها ووجود نضح التهابى بينها وفى بعض الاحوال يحصل امتصاص فى اللب العصبى من العصب الملتهب فلا يبقى منه الا أثر حبل متكون من منسوج خلوى

﴿الاعراض والسير﴾

اعراض الالتهاب العصبى لا يمكن تمييزها عن اعراض الألم العصبى تمييزا واضحا وبعبارة أخرى الالتهاب العصبى من جملة الاسباب المختلفة المحدثة للألم العصبى فالعرض الرئيس له هو ألم يتبع سير العصب الملتهب وينتشر ويتشعع على مسير تفرعاته الدائرية وهذا الألم يزداد عند الضغط على العصب الملتهب ولا يظهر فيه ثورانات ولا انحطاط واضح بل ولا نوب وفترات واضحة كما فى أشكال الألم العصبى وعند وجود هذا الالم ينقص احساس اللمس فى الاجزاء المتوزع فيها العصب الملتهب وهذه الظاهرة

وان كانت ترى غريبة عند التأمل السطحى الانها سهلة التوجيه فان التنبيه المرضى فى جذع العصب الملتهب الذى يحدثه التغير الالتهابى فى اللب العصبى أو الغمد يمتد الى الدماغ فينتج عنه الاحساس بالالم الشديد غير ان الصفر الملتهب من العصب نفسه يكون موصلا غير جيد لهذا التنبيه ولذا ترى ان المهيجات المؤثرة على الانتهاآت العصبية الدائرية والحلمات العصبية الحساسة لا تصل بكيفية تامة الى الدماغ أو لا تصل اليه بالكلية فلا تحدث حينئذ الا احساسا غير واضح أو انه لا ينتج عنها احساس بالكلية وفى الابتداء يحس المريض فى الاجزاء الدائرية من العصب الملتهب بتنمل أو خدر ثم ان لم يتحلل الالتهاب تفقد هذه الاجزاء حساستها بالكلية فلا تتأثر من المؤثرات الظاهرة مع الآلام التى لم تزل مستمرة على شدتها وان كان العصب الملتهب محتويا على الياف محركة انضم للآلام انقباضات عضلية مع ان قدرة المرضى على فعل انقباضات عضلية ارادية تتناقص أو تفقد بالكلية وهذا الامر مبنى أيضا على التهيج المرضى فى الالياف العصبية المحركة الناتج عن الصفر الملتهب مع فقد قابلية توصيل التيار العصبى لهذا الجزء وان كان العصب الملتهب سطحى الوضع امكن ان يحس به على هيئة حبل صلب ويشاهد الجلد المغطى له محمرا احمرارا قليلا أو ذيماويا والحمى تفقد فى غالب الاحوال التى فيها لا يوجد التهابات سوى الالتهاب العصبى

وسير الالتهاب العصبى يكون اما حادا أو مزمنا فكلما كان سيره حادا واعقب الالم العصبى ضعف الحساسية أو شللها أو انقباضا عضليا ساغ الحكم بان مجموع هذه الاعراض نتج عن الالتهاب العصبى وفساده وفى الاحوال التى فيها يتحلل الالتهاب يبقى العصب زمنا طويلا غير قادر على تتميم وظائفه وأما اذا كان سيره مزمنا فانه يحصل كذلك ضعف الحساسية أو شلل متى كان العصب منفسدا لكن ان بقى الجوهر العصبى محفوظا واعتراه فقط ضغط مستمر من جهة الغمد المنتفخ المتيبس اعترى المريض آلام عصبية أو انقباضات عضلية تشنجية فى الاجزاء المتوزع فيها العصب الملتهب مدة سنين عديدة

﴿المعالجة﴾

ينبغى ابتداء اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية كاخراج الاجسام الغريبة الواخزة النافذة فى العصب الملتهب ومعالجة التهاب المنسوجات المجاورة له بغاية الدقة ومع ذلك تستعمل الاستفراغات الدموية الموضعية كارسال العلق أو المحاجم التشريطية على طول العصب الملتهب ووضع المكمدات الباردة مع تكررها واستمرارها وان طالت مدة المرض وكان وضع العصب سطحيا وجب الدلك بالمرهم الزئبقى على الجلد المغطى له وان كان الالتهاب العصبى مزمنا استعملت المصرفات القوية بواسطة الحراريق أو المقص فى الاحوال المستوجبة لذلك أو بواسطة الكى بالحديد المحمى كيا سطحيا خطيا وان بقى العصب بعد قطع سير المرض غير منفسد ومضطربا فى وظائفه وجب استعمال التيار الكهربائى لاجل اعادة قابلية تنبيه العصب الى حالتها الطبيعية بواسطة التنبيه الكهربائى المنتظم المتكرر

﴿المبحث الثانى﴾

(فى الاورام العصبية)

(المعروفة بالنيروم)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاورام العصبية عبارة عن تولدات تنشأ اما من الاغماد العصبية أو من الالياف العصبية نفسها فتكون اما من منسوج خلوى جديد التكوين أو من الالياف العصبية نفسها وقد ميزت الاورام العصبية المتكونة من الالياف العصبية أو التى يغلب فى تأليفها هذه الالياف العصبية عن الاورام المتكون معظمها من منسوج خلوى وسميت الاولى بالاورام العصبية الحقيقية والثانية بالغير الحقيقية غير ان هذا التمييز أهمية تشريحية مرضية فقط لا اكلينيكية

واسباب الاورام العصبية مجهولة وتشاهد فى الذكور والاناث وفى جميع اطوار الحياة على حد سواء والقول بان جروح الاعصاب ينشأ عنها اورام عصبية ليس ثابتا ولهذه الاورام بعد استئصالها ميل للكسات

﴿الصفات التشريحية﴾

الاورام العصبية تظهر على هيئة تولدات مستديرة او بيضاوية تابعة لسير العصب ذات قوام يابس مرن ومحاط بغمد ليفي وحجمها من حبة الدخن الى قبضة اليد بل أزيد و بحسب كون الجوهر الكائن بين الالياف العصبية ليفيا او عصبيا أو مخاطيا قد ميز ورجوف الاورام العصبية الى ليفية وعصبية ومخاطية وتشمل زيادة عن المنسوجات السابق ذكرها على تجاويف صغيرة ممتلئة بسائل ومجلس هذه الاورام اما على جانبي العصب أوتنشأ من باطنه و بحسب اختلاف مجلسها يختلف عدد الالياف العصبية المختلطة معها أو المحيطة بها وأكثر الاعصاب مجلسا لهذه الاورام الاعصاب الشوكية ومع ذلك فهناك مشاهدات تدل على وجودها في العصب السنباتوى أو في الاعصاب الدماغية لاسيما العصب السمعي والعادة ان يوجد ورم عصبي واحد لا يكون حجمه بنسبة العصب الناشئ منه وقد يوجد منها عدد عظيم في عصب واحد وهناك أحوال أخرى تشاهد فيها عدة من الاورام العصبية ناشئة من اعصاب مختلفة ويظهر ان الاورام الصغيرة المتحركة تحت الجلد المؤلمة جدا المسماة بالدرن المؤلم من جملة الاورام العصبية ولو لم يثبت ارتباطها بعصب جلدي ولم يوجد فيها ألياف عصبية

﴿الاعراض والسير﴾

الاورام العصبية الدائرية التي يمكن معرفتها تتضح بظهور ورم مؤلم كثير المقاومة أو قليلها مرن ومجلسه على سير أحد الاعصاب الجلدية وليس له غالبا الا حركة جانبية ومغطى بجلد غير متغير وألم يتشعع من هذا الورم الى دائرة العصب وتفرعاته الانتهائية وهذا الالم لا يكون مستمرا بل ذا نوب وفترات و يتزايد ازديادا عظيما لا يطاق بادنى ضغط على الورم ولو باحتكاك الملابس كما أنه يزداد أيضا بالحركة وتأثير البرد وغير ذلك من المؤثرات التي تثير الالم وقابلية التوصيل العصبي يعتريها تغير في الورم العصبي كما ذكرنا ذلك في الالتهاب العصبي بحيث ينضم للالم الاحساس بالتنمل والخدر مع ضعف حساسية اجزاء الجلد المتوزع فيها العصب المريض ويندر ان ينتج عن تغير الالياف العصبية المحركة انقباضات تشنجية أو شلل - ثم ان تشعع الالم من العصب المريض الى الاعصاب المجاورة له والاضطرابات العصبية المنتشرة

التى تصاحب التغير العصبى الموضعى أحيانا توجد فى كل من الاورام والالتهابات والالام العصبيه على اختلاف منشائها وسنتكلم على ذلك فى المبحث الآتى ثم ان الورم العصبى ينمو نموا بطيئا وبعد وصوله فى العظم الى درجة ما يبقى على حاله وهو من الامراض المؤلمة جدا التى باحداثها الاضطراب فى نوم المريض وراحته يمكن ان تؤدى لنهوكة عظيمة وهذه الظواهر المذكورة توجد بالخصوص فى الاورام العصبية الصغيرة الحجم المنفردة مع انها تفقد فى العظيم منها والمتعدد بحيث يمكن ان تفقد جميع الظواهر المدركة للمريض فى الحالة الاخيرة ولا يمكن تشخيصها الا بالعلامات الحسية

﴿ المعالجة ﴾

لا يمكن تحليل الاورام العصبية بواسطة المعالجة الدوائية فالواسطة العلاجية المجربة الموصى بها هى الاستئصال فقط

﴿ المبحث الثالث ﴾

(فى الآلام العصبية)

حيث ارتكنا الى الآن فى شرح الامراض وتقسيمها الى التغيرات التشريحية الخاصة بها فلا يسوغ لنا شرح الآلام العصبية وجعلها امراضا مستقلة مثل الالتهاب العصبى والاورام العصبية فان الآلام العصبية عبارة عن مجموع اعراض لا تتعلق بتغيرات تشريحية دائمة ولكن حيث لا يثبت فى غالب احوال الآلام العصبية وجود تغيرات تشريحية وان وجدت احيانا فانه الاتكفى فى توجيه الالم العصبى التزمنا ان نضرب صفحا عما ذكر ونشرح الآلام العصبية فى مبحث منفرد على حدته كغيرها من امراض المجموع العصبى التى لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مدركة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

كل احساس بألم ينشأ بالكيفية الآتية وهو أن كل تنبيه يحصل فى الاعصاب الحساسة بواسطة مهيج شديد غير طبيعى يمتد الى الدماغ فكذلك الاحساس بالالم المعبر عنه بالالم العصبى ينشأ عن تنبيه الاعصاب الحساسة وامتداده الى الدماغ وحيث كان كذلك فتمييز الالم المنسوب للآلام

العصبية عن غيره من الاحساسات المؤلمة يكون مبنيا فقط على ان تنبيه الاعصاب الحساسة فى الآلام العصبية يحصل اما بمهيجات أخرى أى غير المهيجات المحدثة للالم عادة أو بتأثيرها على اصفار أخرى من الاعصاب الحساسة خلافا لما يحصل فى باقى اشكال الالم فمثلا ان احدث رض أو ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها أو غير ذلك من المؤثرات المرضية التى تؤثر على الانتهاآت الدائرية للاعصاب احساسا بالم أو نشأ هذا الاحساس عن التهابات أو غيرها من التغيرات المادية للجلد أو الاغشية المخاطية أو الاعضا الجوهرية لا يسوغ تسمية هذا الاحساس المؤلم بالالم العصبى لكن ان لم يمكن اثبات تأثير هذه المؤثرات المهيجة على الانتهاآت الدائرية للاعصاب بحيث لا يسوغ اعتبار تأثيرها سببا للالم الموجود أو عدمه من القريب للعقل ان تأثير السبب المهيج وقع على جذع العصب لا على انتهاآته الدائرية جاز تسمية الالم المنتشر فى انتهاآت هذا العصب الدائرية بالالم العصبى واشهر مثل للالم العصبى الذى فيه تحصل الآلام فى تفرعات احد الاعصاب بدون تأثير سبب مهيج مدرك يؤثر على نفس هذا العصب أو على انتهاآته الالم الشاغل للعصب فوق الحجاج الناتج عن التسمم الاجامى و للشكل الثانى الذى فيه تكون الآلام المنتشرة فى انتهاآت أحد الاعصاب ناتجة بلاشك عن تأثير سبب مهيج مدرك فى جذع العصب الالم العصبى الوقتى للعصب الزندى الذى ينتج عن رض هذا العصب فى المرفق ومن القريب للعقل أيضا فى الاحوال التى فيها لا يمكن ادراك تأثير السبب الذى أثر على العصب ولا مشاهدته (كما فى الآلام العصبية الناشئة عن التسمم الاجامى مثلا) يكون التأثير فيها واقعا على جذع العصب لا على انتهاآته الدائرية ويؤيد ذلك الاقتصار المحدود للالم العصبى على الانتهاآت الدائرية لعصب واحد و بقاء الاجزاء المجاورة مصونة عن الاصابة متى كان متوزعا فيها ألياف عصبية حساسة غير ناشئة من عصب آخر فلو كان التأثير المهيج أثر على الانتهاآت الدائرية للعصب لما أمكن توجيه اقتصار الالم عليها وتحديده فكيف يمكن توجيه صون الجهة الكعبرية لاحد الاصابع أو القسم فوق الحجاج لجهة من تأثير المهيج المحدث للالم

العصبي في الجهة الزندية لهذا الاصبع أو القسم فوق الجاج المصاب وزيادة على ذلك يتأيد القول بمنشأ الالام العصبية من الجذع كما سيأتي وهوان الالم في الالام العصبية لا يكون مطلقا مصحوبا بادراك نوعية السبب وطبيعته اذ من المعلوم ان الحلمات الجلدية المرتبطة بالانتهاآت العصبية هي مجالس الاحساس بالضغط والحرارة فلو كانت الالام العصبية الناتجة عن مؤثرات مهيجة غير مدركة أثرت على الجلد لادركت المرضى صفة هذا المؤثر المهيج وطبيعته وكانت تشتكي بحرق أو وخز وغيرهما من انواع الالم وأما اذا أثر مهيج على جذع عصب عار بان كان جسما باردا أو حارا مثلا أو وخزا أو قرصا فينشأ عن ذلك مع الدوام كما في الآلام العصبية نوع احساس بالواحد ولا يمكن المريض من نوع هذا الالم معرفة طبيعة الاسباب المحدثة له وبالجملة فمما يؤيد هذا القول أيضا عدم نجاح عملية القطع العصبي في كثير من الالام العصبية فان مجالس الاصابة في جذع العصب لا في انتهاآته الدائرية ثم ان التغيرات الطبيعية والكيماوية للعصب المصاب بالالم العصبي المتسبب عنها التنبيه المرضي مجهولة علينا بل يسوغ لنا ان نقول ان التغيرات المذكورة ليست عبارة عن تغيرات مادية مدركة فان قابلية تنبيه الاعصاب تفقد بالكلية بمثل هذه التغيرات وان المؤثرات المضرة المحدثة للالام العصبية لا تحدثها الا متى أثرت على الاعصاب بكيفية واهية بحيث لا تفسد طبيعتها ولا تحدث في منسوجها تغيرات تشريحية مدركة فان وجد عصب من الاعصاب الذي كان مجلسا الالم عصبي واضح التغير عند البحث التشريحي فمن الاكيد ان الصفر المتغير لم يكن ينبوعا للالام بل كان مصابا اعلا منه بتغير آخر لا يدرك بالنظر ولا بالنظارات المعظمة ثم ان الاستعداد للاصابة بالالام العصبية يختلف باختلاف الاشخاص ويظهر ان ارتقاء قابلية التنبيه للمجموع العصبي المرضية المعروفة بالضعف العصبي تعين على الاصابة بالآلام العصبية وتشاهد عند النساء أكثر من الرجال وعند الاشخاص القليلي الدم الضعفا البنية أكثر من اقويائها الدمويين

والاسباب المتممة أي المهيجات التي متى أثرت على جذع الاعصاب تحدث الاماعصبية تكون امامعلومة أو مجهولة ولا يجوز ان نعبر عن الالام

العصبية الناتجة عن مهيجات غير معلومة بالالام العصبية الحقيقية وتمييزها
عن غيرها من الالام العصبية فانه ان أحدث رض العصب الزندى الواقع
على الجهة الانسية من النتو المرفقى أو على العصب الوركى عند خروجه
من الشرم الوركى المايتشعع فى اصابع اليد أو القدم سمى ذلك أيضا بالالم
العصبى الحقيقى وأجود من ذلك فى الطب العملى ان يعبر عن الالام العصبية
الحقيقية بالالام التى تستمر بعد انقطاع تأثير السبب الذى نشأت عنه
ثم انه يعد من أسباب الالام العصبية المدركة الكثيرة الحصول أمور
منها جروح الاعصاب بواسطة آلات واخزة كريشة الفصادة أو الابر
أو نحوها فان تفرق اتصال الاعصاب تفرقا تاما أقل خطرا من جروحها
الوخزية ومنها تهيج الاعصاب بواسطة أجسام غريبة نفذت قريبا من
العصب وبقيت هناك متكيسة كبعض قطع الرصاص ونحو ذلك
من الاجسام الغريبة التى تحدث تأثيرا مهيجا على الاعصاب المجاورة
فينشأ عنها آلام عصبية شديدة ومنها الجذب الواقع على الاعصاب بواسطة
ندب منكمشة ومنها الضغط الواقع على الاعصاب بواسطة الاورام
الانورزماوية والعظمية التى مجلسها العظام أو الاسنان والتولدات المرضية
كالسرطانات ومنها الاورام العصبية المذكورة فى المبحث السابق
ومنها امتلا الضفاير الوريدية المحيطة بعصب خصوصا عند خروج هذا
العصب من قنوات عظمية ومن ذلك كثرة اصابات الاعصاب بين الاضلاع
فى الجهة اليسرى وكثرة اصابة العصب التوءمى الثلاثى فى الجهة اليمنى خصوصا
فرعه الاول أى العصب العينى فانه أكثر اصابة من فرعيه الثانى والثالث
وما ذاك الا من نفوذه من قنوات عظمية وكثرة احاطته بشبكة وريدية وقد
تحصل الالام العصبية من تأثير البرد ويسمى هذا الشكل حينئذ بالالم
العصبى الروماتزمى وفى هذا الشكل وان لم يتضح بالصفات التشريحيه تغيرات
مادية مدركة يوجه بها تهييج العصب الا أنه من القريب للعقل جدا ان منشأ
الالم العصبى فى مثل هذه الاحوال هو احتقان الغمد العصبى وارتشاحه
ارتشاحا أوذيماويا وهما يزولان بعد الموت وبالجملة يعد من أسباب الالام
العصبية أيضا التسمم بواسطة جواهر سمية معدنية كالزئبق والرصاص
والنحاس وكذا التسمم بواسطة التصعدات الاجامية ومن المستغرب جدا ان

هذا الشكل من الالم العصبي أي الناشئ بهذه الكيفية ان المؤثر الناتج عن هذا التغير المرضي العمومي لا يؤثر الا على اعصاب محدودة

﴿الاعراض والسير﴾

كل الم عصبي يميز له نوعان احدهما ألم ثابت يزداد بالضغط قاصر على بعض اصفار مخصوصة من العصب سماها والكس (بالاصفار المؤلمة) وهذا الالم وان لم يكن شديدا جدا الا انه متعب وثانيهما الم نوبي أي يظهر على شكل نوب ويتشعع من الاصفار السابق ذكرها على مسير العصب ويكون شديدا للغاية غير مطاق والاصفار المؤلمة توجد خصوصا في المحال التي فيها يكون العصب نافذا من قناة عظمية أو من غمد وتري ومتجها نحو السطح الظاهر ومحيط هذه الاصفار يظهر كثير الاتساع زيادة عما يثبت عند الضغط عليها بواسطة الاصبع ومن المهم ما ثبت بتجارب المعلم بودجيه أنه عند البحث عن قابلية تنبيه الاصفار المختلفة للاعصاب المحركة في الضفادع وجد بعضها أكثر تنبيها في بعض المحال وقليلته جدا في محال اخرى مجاورة للاولى فمن الجائز ان اصفار والكس المؤلمة في الاعصاب الحساسة تطابق بعض اصفار الاعصاب المحركة ذات القابلية للتنبيه المتزايدة التي وجدها بودجيه في بعض اصفار الاعصاب المحركة وكثير من المؤلفين ينكر وجود اصفار والكس في الآلام العصبية لعدم وجودها ثم ان نوب الآلام في الالم العصبي تتبع سير العصب تارة الى اسفل وتارة الى اعلى بحيث يتميز الالم العصبي على حسب ذلك الى الم عصبي نازل والى الم عصبي صاعد وهذا الاخير نادر جدا وتحس المرضى بهذا الالم أنه غائر جدا لا سطحي ومن النادر ان تكون نوب الالم قاصرة على بعض فروع قليلة من عصب واحد بل الغالب ان تعم جملة فروع من جذع غليظ لكن يندر ان يكون هذا الالم عاما لجميع فروع جذع واحد ومن المستغرب جدا ان الالم العصبي كثيرا ما يمتد وينتقل من فروع عصب الى عصب آخر منشأه مغاير للاول وكان يلزم مطابقة الناموس توصيل التيار العصبي المنعزل ان لا يتم ورحصول هذا الامر الا في الاعضاء العصبية المركزية بواسطة العقد العصبية غير ان المشاهدة تدل على ان الالم العصبي كثيرا ما يمتد من فروع عصب دماغي كالعصب التوأمي الثلاثي الى

فرع عصبي نخاعي شوكي كالعصب القمحدوي فبهذه المشابة يتعسر علينا التوجيه فحينئذ نقتصر على مجرد ذكر هذا الامر الغريب ولا يندر ان تشاهد اضطرابات فى الدورة والتغذية والافراز فى الاجزاء المتوزع فيها العصب المصاب بالالم العصبي بدون ان يمكننا معرفة الكيفية التى بها ينتقل التنبيه المرضى من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب الوعائية فيشاهد فى ابتداء نوبة الالم ان لون الجلد يصير باهتا ثم بمرور وقت ارتقاء النوبة ويزداد الافراز كافراز الغشاء المخاطى الانفى والملتحمى والدمعى واللعاب ومن هذا القبيل أيضا ظهور طفح اكزيماوى على الجلد كالطفح المنطقى الذى يشاهد فى بعض أحوال الالم العصبي بين الاضلاع (المسمى بالهربس المنطقى) وكذا الضمور العضلى أو الاستحالة الشحمية فى عضلات الاجزاء المصاب عصبها بالم عصبي مزمن ومن النادر ان يمتد التهيج العصبي المرضى من الاعصاب الحساسة فى الآلام العصبية الى الاعصاب المحركة بواسطة العقد العصبية ولذا ينبغى الاحتراس من اعتبار الحركات التقلصية كظواهر انعكاسية

ثم ان سير الآلام العصبية مزمن عادة ماعدا بعض اشكالها الناتجة عن تأثير التسمم الاجامى ولا يكاد يكون منتظما على الدوام بل يشاهد فيه بقطع النظر عن النوب والفترات انحطاط احيانا وثوران احيانا أخر فتتكرر نوب الآلام تارة بكثرة وتصل الى درجة عظيمة من الشدة وتارة يقل تكررها وتضعف شدتها وتردد نوب الآلام لا يظهر طرزا منتظما الا فى الاحوال التى يكون فيها الالم العصبي ناتجا عن التسمم الاجامى أعنى فى الاحوال المسماة بالحميات المتقطعة المبرقعة واما فى احوال اخرى فان الطرز لا يكون منتظما وكذا نوب الآلام لا تحصل حصولا ذاتيا أعنى بدون سبب واضح بل تحصل بمؤثرات مختلفة معلومة فمن ذلك تهيج الجلد فى محل توزيع العصب المريض بواسطة الضغط والدلك أو البرد أو الحرارة عليه ونحو ذلك وكثيرا ما يظهر ان لمس الجلد بخفة ينتج عنه نوب آلام شديدة بخلاف الضغط الشديد عليه وكذا حركات الاجزاء التى هى مجلس للآلام كالمضغ فى أحوال الالم العصبي للتوأمى الثلاثى والمشى فى احوال الالم العصبي للعصب الوركى

ونحو

وتحـو السعال والعطاس فى أحوال الالم العصبى للعصب بين الاضـلاع كثيرا ماتحـدث نوب آلام وللانفـعالات النفسـية تأثير مماثل لذلك ثم ان مدة كل نوبة الم تستمر بعض ثوان غير ان هـذه النوب القصيرة تتردد جملة مرات فى ظـرف دقيقة أو جمـلة دقائق ثم تترك المريض و يبقى مصانا منها زمنا كثير الطول أو قليله بحيث يقال فى الحقيقة انه يحصـل مدة سير الآلام العصبية نوب طويلة متجمعة من عـدة نوب قصيرة جـدا وحيث اننا مجبورون على ان نتصور ان التأثير المهيج الواقع على العصب الناشئ عنه الالم مؤثر بكيفية مستمرة فالفترات الكائنة بين نوب الالم و بعضها التى تشاهد مدة سير الآلام العصبية غير واضحة التوجيه فنقتصر فى توجيهها على الظاهرة الفسيولوجية المعلومة من ان تهييج عصب مّا تهيجا شديدا ينتج عنه انقطاع قابلية تنبيه هذا العصب مدة مّا من الزمن فعلى ذلك تتعاقب فى الآلام العصبية حالة التهيج الشديد مع حالة انطفاء قابلية التنبيه العصبى و يؤيد هـذا ما يشاهـد من انه بعد نوب آلام شـديدة جدا تصير الانتهاآت الدائرية للعصب المريض ضعيفة الاحساس زمنا مّا أو فاقدة له بالكلية بحيث لا تتأثر من المهيجات الظاهرة ومن أنه بواسطة الضغط الشديد على الاصفار المؤلمة يمكن احداث نوبة الم عصبى شديد و بتـكرار الضغط بعدها لا تحصل هذه النوبة

ثم ان مـدة الالم العصبى يمكن ان تستمر مـدة سنين والانتهاء بالشفاء قليل الا فى أحوال الالم العصبى الناتج عـن التسمم الاجامى والروماتزمى وكـذا الانتهاء بفقد الحساسية العصبية التى كان حقه ان يكون كثير الحصول بسبب دوام تأثير السبب المهيج على العصب واستمراره نادر أيضا وفى كثير من الاحوال يبقى الالم العصبى عـلى حالة واحدة و يستمر الى الممات غير ان هذا الانتهاء المحزن لا يحصل من الالم العصبى نفسه بل من مضاعفات أخرى تطرأ على المريض او من الاستعدادات المرضية الناشئ عنها الالم العصبى

﴿المعالجة﴾

المعالجة السببية تستدعى فى الاحوال التى فيها يكون الالم العصبى ناتجا عن ضغط أو جذب نشأ عن اجسام غريبة أو ورم أو ندبة التحامية منكمشة

تستدعى وسائط جراحية والاحوال التى فيها الالم العصبى لايزول احيانا عقب ازالة الجسم الغريب أواستئصال الورم الكائن بقرب العصب لاتمنعنا من اجراء تلك الوسائط فانه لايمكننا قبل فعل العملية معرفة كون الالم العصبى صار اعتياديا أعنى ان السبب المضر الذى أثر على العصب هل احدث فيه اضطرابا مرضيا مستمرا لايزول بعد زواله أم لا وفى أحوال الآلام العصبية الروماتزمية الناتجة عن احتقان وأوذيما فى الغمد العصبى كما ذكرنا تستدعى المعالجة السببية المصرفات فى الجلد كالمنفطات أوالمقص اوالحديد المحمى وأما الجواهر الدوائية المضادة للروماتزم التى تستعمل من الباطن فى أحوال الآلام العصبية الروماتزمية فيندر ان ينتج عنها نجاح ماعدا الحمامات الفاترة الصناعية أوالطبيعية المنتظمة كحمام ولدباد وبادنباد ووسباد فانه ينتج عنها نجاح عظيم وأما فى أحوال الآلام العصبية الاجامية ذات الطرز المنتظم المتقطع فيحصل فيها من استعمال المركبات الكينينية المضادة للتسمم الاجامى نجاح عظيم جدا وأما الآلام العصبية الناتجة عن التسمم بالمركبات النحاسية أوالزئبقية أوالرصاصية فاجود مايستعمل فيها مع النجاح الحمامات الكبريتية وتعاطى المركبات الكبريتية من الباطن وبالجملة فان المعالجة السببية تستدعى مضاربة الاستعداد البنيي الناتج عنه الالم العصبى وحيث نعلم ان هذا الاستعداد كثيرا ماينتج عن حالة انيماوية فالغالب أن للصناعة قوة تامة ومدخلا عظيما فى مقاومة هذا الاستعداد ولاينبغى القول بان كربونات الحديد جوهر نوعى مضاد للآلام العصبية غير انه اذا كان فقر الدم هو السبب القوى فى منشأ الالم العصبى فلكربونات الحديد وغيرها من المركبات الحديدية منفعة تامة وبهذه الكيفية يكون للطرق العلاجية المنوعة للتغذية والمحسنة تأثير كاف

وأما معالجة الالم العصبى نفسه فانها تستدعى فى الاحوال التى فيها لايمكن تبعيد السبب الناتج عنه الالم العصبى اما تعادل الاضطراب الغذائى الناشئ هو عنه او ازالة قابلية تنبيه العصب المريض أو منع توصيل التنبيه المرضى الى الدماغ

وأقوى الوسائط العلاجية التى بها يمكن الحصول على الغاية الاولى

استعمال الكهربائية سواء كان بواسطة التيار المتقطع أو المستمر اذ بهما يمكن الحصول على نجاح عظيم وقد تكررت المشاهدات والتجارب بهذه الواسطة العلاجية فى معالجة الآلام العصبية ولنذكر محصل التجارب التى فعلت بهذه الطريقة العلاجية مع الايجاز فنقول

أولا – انه فى معالجة الالام العصبية بواسطة التيار المتقطع أجود ما يستعمل من الموصلات المعدنية ما يسمى بالفرشة الكهربائية وذلك بان يمس بها على مسير العصب المريض فى أثناء اعطاء الموصل الآخر بيد المريض بعد وضع اسفنجة مبتلة فيه أو وضعه على صفر اخر من الجسم وفى أثناء المس بالفرشة على مسير العصب المريض ينبغى التأثير بها زمنا طويلا على الاصفار المؤلمة (وهذا ما يسمى بالمقص الكهربائيه)

ثانيا – ان كثيرا من الآلام العصبية التى عولجت بالوسائط العلاجية المختلفة بدون ثمرة يمكن ان تشفى بعد استعمال التيار الكهربائى المتقطع بهذه الكيفية بتكرار الاستعمال من اثنتى عشر الى عشرين مرة فى كل يوم أو يومين مرة واحدة وقد تشفى باقل من ذلك شفاء تاما وفى أحوال أخرى قد لا يحصل أدنى تأثير ولا شفاء

ثالثا – أنه يمكن الحكم من ابتداء هذه المعالجة على الشفاء بواسطة التيار المتقطع أو عدمه من أول استعمال فان التحسين أو الشفاء لا يحصل الا فى الاحوال التى فيها تتناقص الآلام حالا بعد أول استعمال كهربائى ولو مدة قليلة من الزمن أو التى فيها يكون التحسين واضحا أو تاما وأما الاحوال التى فيها لا يحصل هذا التأثير حالا بعد استعمال التيار الكهربائى فلا يتعشم فى شفائها وحينئذ فالاستمرار على المعالجة غير مفيد

ثم ان استعمال التيار الكهربائى المتقطع بهذه الكيفية مؤلم للغاية ولذا لا تستمر المرضى على استعماله الا بعد التأكد من تأثيره الجيد بتجاربها الشخصية فتستمر مع الجلد والصبر على استعماله ولو كان مؤلما وكانت تئن وتصيح وقت استعماله ويظهر فى محل تأثير التيار الكهربائى احمرار واريتما فى الجلد يستمر زمنا طويلا ولا نتعرض هنا للتأثير الذى يحصل به الشفاء من التيار الكهربائى المتقطع وان كان مثل الكى الخطى الذى

مدحه الطبيب والعكس (وهى طريقة العرب) اوغيره من المصرفات والمهيجات الجلدية أعنى ناتجا عن التحويل على الجلد أم يحصل بكيفية أخرى وأقوى من ذلك تأثيرا فى معالجة الآلام العصبية استعمال التيار الكهربائى المستمر اذ توجد أحوال لا يحصل فيها على فائدة من التيار المتقطع تشفى ولا بد بالتيار المستمر وأما العكس فلم يشاهد وينبغى وضع القطبين على مسير العصب المريض وانما يوضع القطب الخارصينى بدون الالتفات لاتجاه التيار الكهربائى على الجزء الاكثر ايلاما من العصب أو على الاجزاء التى فيها يصير العصب المريض سطحيا كالثقب تحت الحجاج أو فوقه أو الثقب الزوجى الوجهى أو الشرم الوركى وان تيسر كما فى الشدق أو الانف أخذ العصب بين القطبين وجب ذلك بأن يدخل أحدهما فى الانف أو الفم الى الصفر الذى يخبر المريض بأن الالم يتشعع منه ويوضع القطب الآخر على الصفر المقابل له من الجلد الظاهر واستعمال التيار الكهربائى المستمر لا يكون فى الابتداء كثير الايلام لكن عما قليل يحس المريض بألم محرق ناخس يزداد شيأ فشيأ وعندما يكون عدد الازواج الكهربائية المستعملة عظيما يرتقى الى درجة غير مطاقة وتغيرات الجلد التى يحدثها التيار الكهربائى المستمر فى محل تأثيره عظيمة جدا متى استمر تأثير القطبين زمنا طويلا وهى أعظم من التغيرات التى تنتج عن استعمال التيار الكهربائى المتقطع وليست مثلها عبارة عن احمرار وارية ما فقط بل هى عبارة عن انتفاخ عظيم فى الجلد وازدياد فى حجم الأجزاء الكائنة أسفل منه وظهور حلمات أو تعقدات عليه يتخشكر سطحها الظاهر عند استمرار التأثير وكون التغيرات المذكورة لا توجد فى محل تأثير التيار الكهربائى المستمر بل تحصل كذلك فى الاجزاء العميقة يتضح مما ذكرناه من ازدياد حجم المنسوجات الكائنة أسفل الجلد والعضلات التى أسفل منه أيضا بل ويتضح كذلك من التجارب المفيدة المهمة عند توجيه تأثير التيار الكهربائى المستمر فى الآلام العصبية وغيرها من الامراض العصبية وبعض أمراض العضلات والمفاصل فانه مثلا بوضع الجهتين الانسيتين من الساعدين فوق بعضهما متصالبتين ووضع القطبين الموصلين على الجهتين الوحشيتين لا يحمر

فقط الصفران الموضوع عليهما القطبان بل كذلك الصفران المقابلان لهما من الجهتين الانسيتين وفى العادة يحصل عقب استعمال التيار المستمر حالا راحة كما يحصل عقب المتقطع لكن احيانا يرتقى الالم ابتداء بدون ان يمنعنا ذلك من استمرار المعالجة ويظهر لى ان التأثير الشافى للتيار المستمر فى اغلب الامراض العصبية يوجه بكون الدورة والتبادل العنصرى فى الاعصاب المريضة وفى اغمادها والاجزاء المحيطة بها تتنوع بواسطة التيار الكهربائى بتأثيره على الاعصاب الوعائية وانى لمحقق من ان استعمال التيار المستمر المخالف للتيار المتقطع بالنسبة لتأثيره الكيماوى فى الماء والمحلولات الملحية والزلال ونحو ذلك من اهم الامور فى الطب العملى بعصرنا هذا واجودها نجاحا وانه واسطة اقوى من جميع الوسائط فى تنويع تغذية الاجزاء الغائرة ويلى المعالجة الكهربائية فى الالام العصبية استعمال الحراريق والمقص والحديد المحمى والمحولات الجلدية المراد منها التحويل على الجلد والكى الخطى السطحى على العصب ممدوح جدا فى فرانسا ويعتبر من اقوى الوسائط فى الالام العصبية

وأما الوسائط التى يقصد بها انالة الغاية الثانية اعنى ازالة قابلية تنبيه العصب المريض فمنها التبريد والمستعمل لاجل ذلك زيادة عن الوضعيات الباردة والجليدية التشلشل او الدلك بالايتير أو الكلور وفورم او السائل الهولندى (اى كربور الايدروجين السائل) فانها عند تطايرها تحدث تبريدا عظيما جدا وكونها أجود تأثيرا من الوضعيات الباردة مبنى على انها زيادة عن احداثها للتبريد يستنشقها المريض فتحدث عنده درجة من الخدر ومنها الدلكات على الجلد بمرهم الويراترين (من أربع قمحات الى عشرة على نصف أوقية من الشحم أعنى من ٢ ديسجرام الى ٥ على ١٥ جراما من الشحم أو بمرهم) الاكونيت أى خانق الذئب بوضع قمحة منه على درهم من الشحم وعند استعمال مرهم الويراترين تحس المرضى باكلان مخصوص فى الجلد ينتج عنه خدر فى الآلام احيانا وعند استعمال مرهم الاكونيت يصير الجزء الواقع عليه الدلك قليل الحساسية جدا فلا يتأثر من المهيجات الظاهرة ومنها المركبات الافيونية لاسيما المورفين بطريقة الحقن تحت الجلد بان يوضع من ربع قمحة منه الى قمحة فى جرام من الماء

ويستعمل هذا المحلول بحقنة برافاز التى تسع نحو جرام من السائل ويحقن بربع هذا السائل او نصفه او اكثر على حسب طاقة المريض وشدة الآلام وهذه الطريقة الاخيرة تسكينها ونجاحها واضح جدا فى الآلام العصبية حتى كادت تصير الآن عامة الاستعمال لانها من أقوى الوسائط المسكنة وأما الغاية الثالثة فى معالجة المرض نفسه فالقصد منها قطع توصيل التنبيه العصبى من الاعصاب المتهيجة الى الدماغ واعظم واسطة لذلك هى قطع العصب بين الدماغ والصفر المريض أو استئصال جزء منه وهو الاجود حيث ان القطع البسيط للعصب يلتحم بسهولة وعدم نجاح هذه العملية فى كثير من الاحوال ناتج فى الغالب إما عن قطع عصب غير العصب المريض أو قطع العصب المريض نفسه فى الجزء الكائن اسفل المحل المصاب فيه اعنى فى الطرف الدائر للصفر المريض ومما يتأسف عليه ان قطع ما يلزم من العصب فى الصفر الضرورى غير ممكن فى غالب الاحوال فان السبب المضر المحدث للالم كثيرا ما يؤثر على صفر من العصب لا يمكن الوصول الى اعلى منه وامّا طريقة كى العصب لاجل قطع توصيل تنبيهه الى الدماغ فهى طريقة مذمومة غير ناجحة واما الضغط على العصب فهو واسطة تسكينية فقط وكذا الجواهر الدوائية التى يظن ان لها تأثيرا نوعيا فى الآلام العصبية كالمركبات الزرنيخية على شكل المحلول الزرنيخى لفولير والاستحضارات الخارصينية لاسيما واليريانات الخارصين وايدروسيانوزه ونترات الفضة وغيرها من الجواهر المعدنية والنباتية قليلة النجاح جدا فان هذه الوسائط العلاجية وان نجح بعضها احيانا نجاحا عظيما فليس فى معظمها ثمرة دائما

﴿المبحث الرابع﴾

(فى الالم العصبى التوأمى الثلاثى المسمى بالتيك المؤلم)

(وبالالم الوجهى لفورترجيل)

(كيفية الظهور والاسباب)

العصب التوأمى الثلاثى اكثر اصابة بالالم العصبى بعد العصب الوركى ويوجه ذلك بان كثيرا من فروعه ينفذ من قنوات وثقوب عظمية ضيقة بحيث كثيرا ما يعتريها الضغط وبأن فروعه متوزعة فى اجزاء

من الجلد عارية ومعرضة للتأثرات الجوية والبرد والذى يؤيدان فروع العصب التوأمى تكون كثيرة التعرض للاصابة بالآلام العصبية بسبب مرورها من قنوات عظمية ضيقة كماقاله المعلم هرتل ان فرع الزوج الخامس المار من ثقب عظمى واسع وهو الثقب الوتدى الحنكى الى الانف يكون مصونا عن الاصابة بالالم العصبى بخلاف العصب تحت الحجاج والعصب الوجنى والفكى العلوى والسفلى فانها كثيرا ماتصاب بهذا الالم

ويندران يكون هذا الالم ناتجا عن اجسام غريبة نفذت تحت الجلد (كقطع صغيرة من الزجاج) أو من تولدات مرضية غريبة تضغط على فروع العصب التوأمى الثلاثى عند سيرها فى الوجه فتضغط عليها وأكثر من الاسباب السابقة حصولا وجود تغيرات فى القنوات العظمية ينشأ عنها التهيج المرضى للاعصاب المارة فيها كتكاثف الجدر العظمية للقناة تحت الحجاج اوورم عظمى فى جذور الاسنان كما فى الالم العصبى للعصب الفكى السفلى وكثخن وتكاثف فى عظام الجمجمة مع ضيق فى ثقوبها وكالتهاب العظام وانتفاخها وفى أحوال أخرى وجدان الالم العصبى التوأمى الثلاثى ناتج عن أورام اونورزماوية وتولدات جديدة وثخن فى الام الجافيه أو أورام عظمية داخل الجمجمة تضغط على جذع هذا العصب وتحدث فى فروعه آلاما عصبية منتشرة ولا يوجد فى تاريخ الطب مشاهدات تؤيد منشأ هذا الالم منشأ مركزيا وهناك حالة فقط ذكرها الشهير رومبرج فيها استمر الالم العصبى ستا وعشرين سنة وعند فعل الصفات التشريحية وجدت بورة مرضية فى القنطرة الدماغية الا أنه مع هذا وجد فى الجثة أيضا ورم انورزماوى فى الشريان السباتى ضاغط على جذع العصب التوأمى الثلاثى فكان هذا الورم فى حد ذاته كافيا فى توجيه الالم العصبى

والغالب أن لا توجد تغيرات مادية مدركة محدثة لهذا الالم العصبى ومن القريب للعقل جدا ان هذا المرض فى مثل هذه الاحوال يكون ناتجا عن تأثير البرد الذى يؤدى لحصول احتقان وارتشاح أوذيماوين فى الغمد العصبى يزولان بعد الموت وأما حصول التيك المؤلم المظنون بانه ناتج عن

تأثير داء النقرس أو البواسير أو عن انقطاع العرق أو الطفحات الجلدية انقطاعا فجائيا فمشكوك فيه وأما حصول هذا الالم بواسطة التسمم الاجامى فاكثر من غيره من جميع الآلام العصبية

وقد ثبت بقوائم تعداد المشاهدات المرضية ان هذا الالم العصبى نادر فى سن الطفولية وان أكثر حصوله من سن الثلاثين الى الخمسين وانه يصيب النساء اكثر من الرجال

﴿الاعراض والسير﴾

من المعلوم ان الآلام التى تعترى المريض المصاب بهذا الالم العصبى تكون أكثر انتشارا كلما كان الفرع العصبى المصاب المؤثر عليه السبب المرضى المحدث للالم أكثر غلظا والعكس بالعكس بمعنى ان اقتصار الالم على جزء صغير يدل على ان الفرع العصبى المصاب دقيق جدا وحيث ان الفروع العصبية لكل عصب تكون أكثر عددا كلما كان العصب المصاب أقرب من منشائه المركزى وأقل عددا اذا كان هذا العصب قريبا من سطح الجسم يتضح بسهولة ان سبب الالم العصبى يكون دائريا متى كان الالم قليل الانتشار ومركزيا متى كان كثيره بحيث يكون السبب المؤثر فى نفس الجمجمة وفى الحقيقة يشاهد فى الآلام العصبية الناشئة عن ضغط واقع على جذع الزوج الخامس آلام فى جميع الاجزاء المتوزعة فيها الفريعات الحساسة لهذا العصب فتشاهد آلام فى الجهة المقدمة للاذن وجلد الجبهة والصدغين والوجه وباطن العين والانف واللهاة وجسم اللسان وقبوة الحنك والاسنان بل والظاهر فى الام الجافية أيضا ويوجد فى هذا الالم جملة اصفار مؤلمة ذكرها المعلم والكس لكننا الآن ننبه الا على ثلاثة منها وهو الصفر المؤلم الموازى للثقب فوق الحجاج وفوهة الثقب تحت الحجاج والثقب الذقنى ثم ان كان مجلس الالم العصبى الفرع الاول للتوأمى الثلاثى كان تشعع الالم فى تفرعات العصب فوق الحجاج وكان مجلسه فى الجبهة والحاجبين والجفن العلوى ويندر ان يحس بالالم فى باطن العين عقب اشتراك الفرع تحت الحجاج وفى الزاوية الانسية للعين واللحمة الدمعية ويوجد بالفريعات العصبية من الفرع الاول لهذا الزوج المتوزعة فى الغدة الدمعية

والمتحدمة

والملتحمة كل من الافراز الدمعى الغزير واحمرار الملتحمة الذى يكاد يشاهد على الدوام فى الالم العصبى من هذا العصب سيما عند انحطاط نوب الالم - وان كان الفرع الثانى من التوأمى الثلاثى مجلس الالم كان ثوران الالم واشتداده فى الاجزاء المتوزع فيها العصب تحت الحجاج أعنى فى الجفن السفلى وجناحى الانف والشفة العليا والصف الاعلى من الاسنان وفى هذا تصطحب نوب الآلام احيانا بافراز مائى أو مخاطى من الغشاء المخاطى الانفى وأما الالم العصبى للفرع الثالث من هذا العصب فنادر لاسيما فى العصب الاذنى الصدغى واللسانى وأكثر من ذلك حصولا مشاهدة الالم العصبى ف العصب السنخى السفلى لاسيما فى تفرعات العصب الذقنى بعد خروجه من الثقب الذقنى وحينئذ تكون الآلام منتشرة فى الذقن والشفة السفلى وكثيرا ما يكون الالم العصبى فى الفرع الثالث من هذا العصب مصحوبا بتلعب وهذه الظاهرة تطابق تجارب المعلم لوديج مطابقة تامة - واحيانا يكون مجلس الالم العصبى فى تفرعات الفرع الثانى والثالث من العصب التوأمى الثلاثى المصاحبة لتفرعات العصب الوجهى وبذلك يتضح ما كان يظن سابقا من ان مجلس هذا الالم العصب الوجهى حتى سمى به

وتشتكى المرضى فى الالم العصبى الوجهى كغيره من الآلام العصبية اما بالم أصم مستمر يكون مجلسه بعض اصفار العصب التوأمى الثلاثى وتارة بنوب آلام مهولة ناخسة تنتشر بسرعة صاعقية صاعدة أو نازلة تنقطع فجأة بعد نصف دقيقة او دقيقة ثم تتردد ثانيا حتى تزول النوبة المتكونة من جملة ثورانات مؤلمة صغيرة (وهذا هو السبب فى تسميته بالتيك) وفى أثناء النوبة قد يحصل اختلاج فى الوجه لكن الغالب ان لا يكون غير ارادى فان القسيس بارتيس الذى شرح الالم العصبى وكان مصابا به ذكر مع الايضاح انه كان يمكنه التمادى على الخطبة فى أثناء النوبة ونوب هذا الالم تظهر تارة ظهورا ذاتيا بطرز غير منتظم ما عدا الالم العصبى الناشئ عن تأثير التصعدات الاجمية وتارة تنشأ عن بعض المؤثرات كما ذكرنا ذلك فى المبحث السابق سيما عند التكلم والعطاس والتثاؤب والسعال والتمخط وتعاطى المطعومات الباردة او الساخنة جدا واحيانا عند

فعل حركات المضغ وفى اثناء النوب يصير الوجه محمرا وترتقى درجة حرارته
ويظهر نبض واضح فى الشرايين ولنذكر حالة مشابهة لما ذكره الطبيب برودين
ورومبرغ من تشوه عظيم فى الوجه عقب استمرار نوب الالم العصبى زمنا طويلا
شاهدناها عند شخص من بلدة يقال لها مجدبورغ حصل فيها تشوه عظيم
فى الوجه سيما من انتفاخ الشفة السفلى انتفاخا عظيما عقب استمرار الالم
العصبى الوجهى مدة سنين كما انه قد شوهد اضطرابات غذائية فى الوجه
كثخن شعر الذقن واكتسابه هيئة خشنة مثل الشوك وظهور بثورا كثيرة
فيه عقب استمرار هذا الالم زمنا طويلا ومدة هذا المرض لا تكاد تكون
قصيرة الا فى أحوال الاصابات الاجامية المنتظمة فقط بخلاف غير هذا
الشكل فانه يكون طويل المدة حتى انه يستغرق نصف مدة الحياة أو جميعها
وانتهاؤه بالشفاء نادر جدا فضلا عن طروّ الماليخوليا فيه التى تؤدى احيانا
لقتل المريض نفسه وزيادة على ذلك فان الموت يحصل احيانا من السبب
الاصلى للمرض لا من المرض نفسه

﴿المعالجة﴾

فى معالجة الالم العصبى الوجهى لا نضيف الى ما ذكرناه فى معالجة الالم
العصبى عموما الا قليلا ولا يمكن ازالة هذا الالم بسرعة عقب ازالة بعض
الاجسام الغريبة أو استئصال بعض الاورام أو الندب الالتحامية الضاغطة
الا فى احوال نادرة وكذا استئصال الاسنان وقلعها يندر أن تنتج عنه
فائدة عظيمة بل الغالب أن يقلع المريض سنا بعد اخرى بغير تأمل لطبيعة
المرض بدون ان ينتج عن ذلك ادنى تحسين فى الالم وقد أوصى المعلم
والكس فى الاحوال الحديثة الناشئة عن تأثير البرد باستعمال الحراريق
الطيارة أو الكى السطحى بالحديد المحمى وان كان ناشئا عن تسمم اجامى
فاستعمال الكينين بمقدار جيد يكاد ينتج عنه دائما نجاح عظيم وفى الاحوال
النادرة التى لا يثمر فيها ذلك ينبغى استعمال الصبغة الزرنيخية
لفولر (من أربع نقط الى ستة كل ثلاث ساعات) وعند وجود انيميا واضحة
تعطى المركبات الحديدية وأما فى الاحوال التى فيها يظن بوجود اضطراب
بنيى آخر مجهول الطبيعة فينبغى استعمال المياه والحمامات المعدنية المنوعة

وأما استعمال الكهربائية والتبريد والمسكنات كالاكونيت (أى خانق الذئب) والمورفين خصوصا بالحقن تحت الجلد فيقال فيه مثل ماقيل فى الكلام على معالجة الالم العصبى عموما فقد تيسر لى شفاء حالتين مستعصيتين من هذا المرض احداهما استمرت نحو الثلاثين سنة والثانية نحو الاحدى عشر سنة ولو مع اجراء عمليات ثقيلة جدا كربط الشرايين السباتية وحلق الفك العلوى ونحو ذلك بواسطة التيار الكهربائى المستمر - وفى الواقع ثبت بالتجارب فى العصر المستجد ان الكهربائية أقوى جميع الطرق العلاجية فى الالم العصبى الوجهى بل وخلافه من الآلام العصبية واستعمال التيار الكهربائى المتقطع على الجذوع العصبية المؤلمة بدون واسطة ينبغى ان يكون بخفة لشدة حساسية جلد الوجه وأجود من ذلك وأقوى تأثيرا استعمال التيار المستمر من ٥ ازواج الى ٢٠ مع ملاحظة ماذكرناه فى المعالجة العامة بالنسبة لوضع الموصلات وتسليط التيار الكهربائى المستمر على العصب المريض ولم تفعل عملية القطع العصبى أو استئصال قطعة من العصب فى شكل من الامراض العصبية بكثرة مثل مافعلت فى المرض الذى نحن بصدده ثم بعد ان صار ذم هذه العملية مدة طويلة من الزمن حتى كادت تترك سدى اثبت المعلم برونس بالفحص الجيد عن جميع الاحوال التى صار فيها اجراء هذه العملية انه يوجد عدة أحوال فيها اعقب القطع العصبى نجاح مستمر تام أو نجاح وقتى استمر بعض اشهر بل بعض سنين وذلك بعد اخراج جميع الاحوال التى كان فيها اجراء العملية مبنيا على خطاء فى التشخيص أو فى اجراء العملية وكذا بعد اخراج جميع الاحوال التى فيها رجوع الألم العصبى لايعتبر نكسة بل اصابة جديدة ودلالات هذه العملية تبعا للمعلم برونس هى أن يكون مجلس الألم قاصرا على جزء ثابت محدود يمكن الحكم به بالتقريب على ان مجلس السبب المحدث للالم فى جزء يمكن الوصول الى خلفه بالآلة القاطعة وكانت بقية جميع الطرق العلاجية الاخرى عديمة النجاح ويعسر على المريض التفرغ لاشغاله من شدة الالم وكذا من دلالات اجراء قطع العصب الاحوال التى نوب الآلام فيها لاتحصل حصولا ذاتيا بل عقب مؤثرات ظاهرية تؤثر على الانتهاآت الدائرية

للعصب وان لم يتعشم فيها وكذا الضغط الوقتى على العصب المريض والاوعية الدموية الواردة بالدم اليه قد ثبت نجاحه نجاحا تسكينيا فى بعض الاحوال فيستحق الايصاء به فى الاحوال اللائقة لذلك - والمعلم رومبرغ يمدح من الادوية المعروفة بالنوعية الزرنيخ بكثرة فانه قد شاهد باستعماله خصوصا فى الاحوال التى فيها يظهر الالم العصبى الوجهى عند النساء الاستيريات المصابات بامراض فى اعضاء التناسل نجاحا عظيما سريعا وكلما كانت الحالة الانيماوية فى المرضى أكثر وضوحا كان النجاح اقرب وآكد كما شاهد أيضا من استعمال نترات الفضة بمقدار عظيم أعنى ستة سنتى غرام (أى قمحة) نجاحا وقتيا - وذكر كل من المعلم پيل وستون انه شاهد من استعمال زيت حب الملوك من الباطن مع خلاصة الحنظل المركبة نجاحا عظيما جدا وكان ذلك رمية من غير رام ومن جملة المسكنات الممدوحة واشتهر فى هذا المرض زيادة على مركبات الافيون والبلادونا والداتورا والكونيوم وغيرها من النباتات المخدرة حبوب ميجليز (المركبة من أجزاء متساوية من خلاصة البنج وزهر الخارصين) فيبتدأ التعاطى بحبة منها وهى مشتملة على ديسيجرام واحد (اى قمحتين) من هذين الجوهرين صباحا ومساء ثم يزاد فى مقدار التعاطى حتى يصل الى ٢٠ أو الى ٣٠ وبالنسبة لتأثير حمض الصوفصافيك فى الالم العصبى الوجهى وغيره من الآلام العصبية ليس عندنا تجارب كافية وأقوى الوسائط المسكنة وقتيا عند الآلام الشديدة الاستنشاق بالكلوروفورم أو الاتير حتى يحصل تخدير خفيف وكذا الحقن بالمورفين تحت الجلد امافى الصدغ أو العنق والظاهر ان الحقن ليس له فقط تأثير تسكينى فى الاحوال الخفيفة بل شفاء تام حتى ان ايلنبرج ذكر حصول شفاء فى نحو الربع من السبعين حالة عالجها بالحقن بالمورفين خاصة

﴿المبحث الخامس﴾

(فى الصداع المعروف بالشقيقة وبالالم الذاتى فى الرأس)

مجموع الاعراض المعبر عنه بالصداع غير واضح بالكلية فاعتباره من جملة الآلام العصبية كما جرت به العادة يحتمل ان يكون من قبيل الشك والتوهم

والذى اوجب الاطباء لذلك هو ظهور الالم غالبا فى جهة واحدة من الرأس الذى هو السبب فى تسمية هذا المرض بالشقيقة والنوب التى تشاهد فى اثناء سيره مع الفترات التالية لها وعدم وجود تغيرات تشريحية له لكن اذا اعتبرنا بالدقة سير هذا المرض عموما وسير بعض نوبه لوجدنا ان هذا الاعتبار ليس قرين الصحة بالكلية فانه لا يوجد مرض عصبى يبتدئ مثله فى سن الطفولية ويمتد الى أقصى العمر وفى اثناء السن المتأخر من الحياة لا تظهر نوبه فى كل سنة الا فى بعض أيام قلائل مع تعاقب فى شدة الالم أو تناقصه لا ظهوره وزواله بكيفية فجائية كما هى عادة الآلام العصبية ومن المشكوك فيه أيضا ان كان مجلس الالم الواصف لهذا المرض ناشئا عن تنبه فى الالياف الحساسة من العصب التوأمى الثلاثى للألم الجافية أو من الالياف العصبية السمبا توية التى تصاحب الاوعية الدموية أو من الدماغ نفسه وزعم دبواريموندان الظواهر المرضية فى الصداع تنتج عن تشنج فى فروع العظيم السنبا توى العنق والشرايين وسمى هذا الشكل بالصداع السنبا توى التشنجى وأما المعلم مولان دورف فيعتبر ذلك نتيجة لضعف فى الحالة العصبية للفروع العصبية الوعائية المتوزعة فى الشرايين السباتية وتفرعاتها واسترخاء جدرها وسمى هذا الشكل بالصداع الشللى العصبى الوعائى فينبنى على ذلك ان الشكل الاول يعوق وصول الدم الشريانى الى الدماغ فيحدث انيميته والثانى ينبنى عليه توارد الدم الشريانى بكثرة نحو الدماغ فيحدث احتقانه ومن المعلوم ان كلا من انيميا الدماغ واحتقانه كثيرا ما يحدث ظواهر دماغية مشابهة لبعضها وشكل الصداع السنبا توى أو ا لقوى يتصف بكون الشرايين الصدغية للجهة المريضة فى أثناء النوبة صلبة متوترة والوجه باهتا باردا والعين فى هذه الجهة هابطة والحدقة متمددة وأما شكل الصداع العصبى الوعائى الشللى المصحوب بتوارد دموى شريانى نحو الرأس فيتصف باحمرار الوجه والاذن فى الجهة المريضة وارتفاع حرارتهما مع تمدد الشرايين الصدغية بل والسباتية وزيادة نبضهما وتندى الوجه بالعرق فى الجهة المريضة احيانا ومع تمدد فى الحدقة كثيرا أو قليلا واحمرار الملتحمة واحتقان باطنى فى العين

ثم ان هذا الداء مرض كثير الحصول جدا حتى ان كل طبيب مارس الاشتغال بالطب العملى يشاهد عدة أحوال تستمر جملة سنين بدون الحصول على فائدة عظيمة من صناعته و يشاهد هذا المرض عند كل من الذكور والاناث الا انه أكثر مشاهدة فى النساء وهذا المرض وان عد من أمراض الاغنياء الا انه يشاهد أيضا فى الفقراء و يكون اذذاك متعبا للغاية حيث لا قدرة لهم على صيانة أنفسهم وفى غالب الاحوال يكون ابتداؤه عند الذكور فى سن المراهقة وعند معظم النساء يكون حصول النوب فى اثناء زمن الطمث أو قبله بقليل وعند آخرين من المرضى تحصل النوب بدون شك عقب الانفعالات النفسية ونحوها وكثيرا ما يشاهد حصول نوب هذا المرض عند المصابين به عقب المكث فى الجامع أو نحو المنتزهات والملاعب

ثم ان حصول النوبة يكون بالكيفية الآتية وهو أن المرضى بعد ان تكون متمتعة بتمام الصحة قبله تحس عند الاستيقاظ من النوم أو بعده بقليل بالاعراض السابقة للنوبة أو بابتدائها فتحس بهبوط عام واسترخاء مع كآبة و بقشعريرة وميل للتثاؤب وفقد فى الشهية غالبا مع تجفف الفم ثم ينضم لذلك ألم فى الرأس يكون غالبا قاصرا على جهة منه ويشتد جدا بسرعة حتى يصير غير مطاق فيضطر المريض للمكث فى فراشه من التوتر والالم الحاصل فى الرأس وتكون المرضى كثيرة التأثر من الضوء واللغط فلذا يلتزمون المكث فى الاود المظلمة مع العزلة عن الناس وتسأم انفسهم من عيادة احدهم حتى الطبيب - والنبض يكون غالبا بطيئا وعند ارتقاء درجة نوب الألم يحصل عند بعض المرضى فى اثناء كل نوبة غثيان وقىء يقذف به من المعدة سائل مر الطعم مخضر اللون وبعض المرضى الذين يحصل عندهم نوب كثيرة فى هذا المرض يتمنى حصول هذا القىء بل يجتهد احيانا فى احداثه بدغدغة الحلق بنحو ريشة وعند اقبال المساء يحصل النوم غالبا وفى العادة تستيقظ المرضى فى الصباح فى حالة صحة بدون ألم غير انها تكون متكدرة فى نفسها وهذا المرض لا يهدد الحياة مطلقا لكن من النادر ان تتخلص المرضى من امره بالكلية ولو ان النوب تتعاقب احيانا ببطء واحيانا بسرعة وانما عند

بعض

بعض النساء خصوصا من كان منهن مصابا بنوب هذا المرض مدة زمن الطمث يشاهد زواله بالكلية عند دخولهن فى سن اليأس وانقطاع الطمث بالكلية

﴿المعالجة﴾

ذكر المعلم وستون انه باستعمال قدر اربع نقط أو ستة من السائل الزرنيخى للمعلم فولير ثلاث مرات فى النهار أو أربعة مع ملاحظة حالة القناة الهضمية يحصل شفاء فى معظم الاحوال اعنى فى تسعة أحوال من عشرة لكن هذا القول منفرد فى الطب العملى وأ كثر الاطباء يذكر أن هذا المرض يستعصى عن المعالجة فى معظم الاحوال حتى ان كثيرا من المرضى لا يندب الطبيب لذلك لتأكده من عدم الفائدة فى المعالجة لكن ذلك من جهة أخرى لم يخل عن المبالغة فان الطب العملى فى العصر المستجد قد استيقظ لمعالجة هذا المرض والتجارب الشخصية دلت المرضى على انهم يتجنبون الاسباب المعينة على طرو النوب وانهم بالاقل عند حصول نوب ثقيلة يقون أنفسهم فى محل خال من الضوء واللغط مع تجنب المشاق الجسمية والعقلية والاغذية ومن جملة الوسائط الموصى بها بكثرة فى هذا المرض ماله تأثير محقق أقله مدة ما من الزمن فى تبعيد النوب وتلطيفها كليمونات القهوين (بان يعطى منه من ٣ سنتجرام الى ٥ فى مدة الفترات جملة مرات فى النهار والاجود تبعا لايلان برغ ان يعطى منه مقدار عظيم مدة النوبة من ٦ سنتجرام الى ١٢ ومنقوع البن قبل التحميص و بعد التحروس يعطى منه صباحا ومساء وكذا البولينا التى تعطى على شكل عجينة جورانا والسائل الزرنيخى لفوابر من ٤ نقط الى ٦ ثلاث مرات كل يوم وكربونات الحديد (عند وجود الانيميا) والكينين عندما تكون النوب منتظمة الطرز تقريبا وبرومور البوتاسيوم - واستنشاق ازوتيت الاميل الموصى به من المعلم برجرو ينبغى الاحتراس التام عند استنشاق هذا الجوهر الدوائى فيبتدا على حسب قوله ثلاث نقط و بنقطة واحدة على رأى ايلنبورج وان كان التأثير غير كاف يزاد المقدار الى ست نقط أو ثمانية ويكرر الاستنشاق كل ربع ساعة وتأثير هذا الجوهر الدوائى الذى يحدث فى الاوعية استرخاء يحدث كذلك بسرعة حرارة واحمرارا فى الوجه وبهذا التأثير كما انه يحدث استرخاء فى الاوعية

اوزوال تشنجها يزيل الالم وقتيا فحل استعماله حينئذ شكل الصداع المعروف بالدنيماتوى التشنجى وكذا قد أوصى ايلنبورج باستعمال خلاصة الجويدار المائية أى الجويدارين (من ستة ديسيجرام الى تسعة كل يوم على شكل حبوب) فان هذا الجوهر الدوائى له تأثير قابض على الاوعية الدموية كما انه يستعمل محلولا بالحقن تحت الجلد فحينئذ يستعمل فى الشكل الشللى واغلب الاطبا الخاصين بالامراض العصبية قد تحصلوا على نجاح عظيم فى هذا المرض باستعمال التيار الكهربائى اما المتقطع أو المستمر فالاول يستعمل على هيئة الشكل المسمى بالتيار اليدى بانه يمسك المريض بيده أحد القطبين الموصلين والطبيب الموصل الآخر وفى أثناء ذلك يضع الطبيب يده الاخرى على جبهة المريض المبتلة ويسلط عليها فى أثناء دقيقتين أو خمسة تيار خفيف وأما الثانى فهو المستعمل الآن عادة ويؤثر به على الدماغ اما فى اتجاه مستقيم أو منحرف - وأحيانا قد يتحصل على فائدة عظيمة من تغيير الهواء أو من استعمال معالجة لائقة بمياه الينابيع أو الحمامات الطبيعية أو بالماء البارد أو بالاقامة أعلى الجبال أو بالحمامات البحرية أو الحديدية انما يندر ان يكون النجاح مستمرا - ولاجل تسكين ألم الرأس الشديد وقتيا ينبغى ربط الرأس أو وضع مثانة مملوءة بالجليد عليه أو قطعة من القطن مبتلة بالكلوروفورم مع استعماله القهوة أو بعض المنقوعات المعرقة وكذا الضغط على الشريان السباتى له تأثير على الالم وذلك أنه فى الشكل التشنجى يزداد الالم بالضغط على شريان الجهة المريضة ويتلطف بالضغط على شريان الجهة المقابلة وفى الشكل الشللى ينعكس التأثير بالضغط وأما المخدرات فليست ممدوحة فى أحوال الالم العصبى الذاتى فان بعض الاطباء وان تحصل على نتيجة جيدة بالحقن بالمورفين تحت الجلد فى الالم العصبى الذاتى للرأس الا ان ايلنبورج لم يجد من ذلك ادنى فائدة فى الصداع الحقيقى

(المبحث السادس)

(فى الالم العصبى العنقى القمحدوى)

اصابة الفروع العصبية الحساسة للقمحدوى والقفا والعنق الناشئة من

الفروع الاربعة الاول العنقية نادرة جدا بالنسبة لاصابة الفروع الحساسة للوجه والاحوال المذكورة من هذا المرض غير عديدة بحيث يستنبط منها معرفة أسبابه وينتج من مشاهدات المعلم (والكس) ان ظهور هذا المرض يحصل عقب تأثير البرد الشديد المستطيل وان نكساته تحصل غالبا مدة الشتاء وان سيره حميد أولا يستعصى عن المعالجة ويظهر كذلك أنه ينشأ من أمراض الفقرات التى تحدث ضغطا على الجذوع العصبية عند خروجها من القناة الفقرية ومن انتفاخ العقد الليمفاوية الغائرة للقفا وضغطها على الضفيرة العنقية والعصب القمحدوى العظيم ثم ان المرضى المصابين بهذا الالم العصبى يشتكون بألم مستمر أصم قاصر على بعض الاصفار وينضم لهذا الالم زمنا فزمنا نوب آلام ناخسة جدا تنتشر الى اتجاهات مختلفة والاصفار المؤلمة فى هذا الالم العصبى تبعا للمعلم والكس هى أولا الصفر القمحدوى الكائن أسفل المؤخرى بين النتوء الحلمى والفقرة الاولى العنقية وهذا الصفر يحاذى محل نفوذ العصب القمحدوى من العضلة المؤخرية الغائرة ويظهر أسفل الجلد وثانيا الصفر العنقى السطحى الذى يوجد أعلى نصف العنق بين العضلة الزاوية والقصية الترقوية الحلمية وهذا الصفر يحازى محل خروج أعظم فرع للضفيرة العنقية وصيرورته سطحيا وثالثا الصفر الحلمى الكائن خلف النتوء الحلمى وهذا الصفر يحازى محل مرور كل من العصب القمحدوى الصغير والاذنى العظيم ورابعا الصفر الجدارى الكائن بجوار الحدبة الجدارية وخامسا الصفر الاذنى الكائن خلف صيوان الاذن

ومن هذه الاصفار تنتشر الآلام وقت النوبة تارة جهة المؤخرى وتارة الى الجهة الخلفية العليا من العنق وطورا نحو الامام جهة الوجه واحيانا الى أسفل الكتف ولا يندر ان يتضاعف الالم العصبى القمحدوى العنقى بآلام عصبية وجهية أو بالام عصبية فى الضفيرة العنقية العضدية وهذه النوب تظهر بطرز غير منتظم تارة بدون أسباب مدركة وتارة عقب تحرك الراس أو غيره من الاسباب الواهية جدا ومن النادر أن تصل الى درجة شدة عظيمة مثل الالم العصبى الوجهى كما أنه يندر جدا وجود تغيرات مادية من الاعصاب

العنقية وهذا المرض قليل الاستعصا جدا وقصير المدة فهو ليس مثل التيبك المؤلم

ثم ان المعالجة بعملية القطع العصبى فى الالم العصبى القمحدوى العنقى لم تفعل بالكلية فى هذا المرض وفى الاحوال الحديثة أوصى المعلم والكس باستعمال الحراريق مع التكرار باستعمال حبوب مجلين وكذا يتحصل فى هذا المرض على نجاح عظيم بواسطة التيار الكهربائى المستمر انما ينبغى ان يكون خفيفا بسبب شدة حساسية المرضى وباستعمال الحقن بالمورفين تحت الجلد اذ به تخف هذه الآلام العصبية بل تشفى احيانا

﴿المبحث السابع﴾

(فى الالم العصبى العنقى العضدى)

يعنى بهذا المرض الالم العصبى الذى مجلسه الفريعات الحساسية للضفيرة العضدية المتكونة من الاعصاب الاربعة الاخيرة العنقية مع العصب الاول الظهرى

وهذا الالم ينشأ دون غيره من الآلام العصبية من اسباب مدركة كجروح فريعات الضفيرة العضدية الدائرية للذراع او اليد عند الفصد ونحوه من الآلات الواخزة والضغط الواقع على هذه الفريعات العصبية بواسطة كرات من الرصاص عقب جروح الاسلحة النارية أو الرض أو الاورام العصبية وكذا الضفيرة العضدية نفسها يمكن ان تعتريها اصابة عقب ضغط العقد اللينفاوية المنتفخة للابط أو أثرة القدام عظمية اعقبت كسر الضلع الاول أو أورام انورزماوية فى الشريان تحت الترقوه أو فى قوس الابهر وبالجملة يمكن ان يعترى اعصاب الضفيرة العضدية اصابة مرضية حال خروجها من القناة الفقرية بواسطة تغيرات مرضية فى الفقرات نفسها وتصير فى حالة تهيج تشنجى وهناك أحوال أخرى لا يمكن فيها معرفة حقيقة المؤثرات المهيجة التى أثرت على اعصاب الضفيرة العضدية واحدثت الالم العصبى فيها وفى مثل هذه الاحوال يعتبر هذا الالم تغيرا غير مدرك فى الاعصاب عقب الاصابة الروماتزمية فى الغمد العصبى أو التعب العضلى الشديد كالافراط من الشغل باليد والذراع — ومن الواجب التنبيه

عليه أيضا ان نوب الالم العصبى القلبى تصطحب أحيانا بآلام عصبية على مسير اعصاب الضفيرة العضدية وأحسن ما يوجه به انتقال الالم من الاعصاب القلبية الى الاعصاب العضدية هو توسط كل من العصب القلبى العظيم والصغير حيث ان كلا منهما ينشأ من العقدة العصبية السمباتوية العنقية الوسطى والسفلى فانهما كثيرا ما يتحدان بالعصب العنقى السفلى ثم ان الالم العصبى فى هذا المرض يمتد احيانا الى معظم الاعصاب الحساسة للضفيرة العضدية وفى أحوال أخرى يكون قاصرا على الابط والعضد وتارة يتبع الالم مسير العصب الزندى أو الكعبرى أو العضلى الجلدى والاصفار المؤلمة فى هذا الالم العصبى تبعا للعلم والكس هى الصفر اسفل الابط ثم الصفر المعلوم للعصب الزندى فى الجزء الكائن بين الحدبة الانسية للعضد والنتوء المرفقى وجزء الزند الكائن أعلى راحة اليد الذى فيه يصير العصب سطحيا وبالنسبة للعصب الكعبرى الجزئى من العضد الذى فيه ينعطف هذا العصب على عظم العضد والجزء الآخر جزء الطرف السفلى من النتوء الابرى الكعبرى الكائن أعلى قبضة اليد والالم الناخس الذى ينتشر فى الاصابع الموازية يكون شديدا جدا ويتعاقب بكثرة بحيث ان الفترات التى لا تكون تامة بالكلية فى هذا المرض تكون قصيرة المدة بالنسبة لغيرها من باقى الآلام العصبية وهذا الالم يصطحب بتنمل وخدر فى الاصابع يستمران بعد النوبة وقد تحصل اضطرابات غذائية فى الاجزاء المتوزعة فيها الاعصاب المريضة على شكل طفحات جلدية كالبنفجوس والانجرية أو التهابات فى الاصابع وكثيرا ما توجد مضاعفة بامراض عصبية أخرى كالالام العصبية فى العنق أو بين الاضلاع أو فى العصب الوركى . وكل من سير هذا الالم العصبى العنقى العضدى ومدته وانتهائه يشابه غيره من الالام العصبية مشابهة تامة

﴿المعالجة﴾

اذا كان الالم العصبى ناتجا عن اصابات جرحية كالفصد أو غيره من الاصابات الجرحية اعقب عملية القطع العصبى نجاح تام سيما اذا كان هذا الالم حديثا ولم يصر اعتياديا وماعدا الوسائط العلاجية المذكورة فيما

تقدم بمدح بكثرة فى هذا الالم العصبى زيت الترمنتينا كما سيأتى بيانه فى مبحث الالم العصبى الوركى وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد بواسطة محلول المورفين اقوى تأثيرا من استعماله فى محال اخرى ومن النافع جدا فى هذا المرض استعمال الكهربائية على شكل التيار الكهربائى الجلوانى فان المعلم ارب تحصل به على نجاح عظيم وزيادة عن ذلك ينبغى فى معالجة هذا المرض اعتبار السبب الاصلى لاجل تجنبه أو ازالته ان امكن ومن جملة ما يستعمل ايضا فى هذا المرض من الوسائط الاعتيادية الحمامات اليدية الفاترة ثم تغليف الذراع بالقطن والدلك بمرهم الوبراترين جرام منه على ٢٠ من الشحم مع اضافة قليل من خلاصة الافيون

﴿المبحث الثامن﴾

(فى الالم العصبى بين الاضلاع)

هذا الالم عبارة عن تنبه مرضى فى الالياف الحساسة لاحد الاعصاب الشوكية او فى كثير منها سيما فروعها العظيمة التى يعبر عنها بالاعصاب بين الاضلاع التى تصل من المسافات العليا للاضلاع الى القص ومن السفلى منها الى الشراسيف وهذا الالم اكثر الالام العصبية وجودا ويشاهد بكثرة فى النساء وحصوله فى الجهة اليسرى اكثر منه فى اليمنى والغالب ان يصيب الفرع السادس والسابع والثامن من الاعصاب بين الاضلاع وقد ذكرنا فيما تقدم التوجيه الحسن العقلى الذى ذكره المعلم هنلى فى هذا الخصوص بان كثرة اصابة الفروع بين الاضلاع السفلى اعنى التى ينصب دمها فى الوريد المنفرد يدل على ان تمدد الشبكة الوريدية التى يكثر حصولها فى هذا المحل وتضغط بسهولة على الجذوع العصبية الشوكية له دخل عظيم فى حصول هذا المرض ـ وفى بعض الاحوال يعترى الاعصاب الظهرية اصابة مرضية بعد خروجها من الثقوب بين الفقرات ناشئة عن تغير التهابى فى الفقرات او عن تكرز فى الاضلاع او انتفاخ فى العقد الليمفاوية وقد يحصل الالم العصبى بين الاضلاع عقب زوال الالتهاب البلوراوى وشفائه ـ وقد شاهدت فى ظرف سنة واحدة حالتين كانتا متعلقتين بدون شك بهذا السبب ولا يعلم الى الان حقيقة التغيرات التشريحية التى تحصل فى الغمد العصبى او الاجزاء المحيطة

بالعصب مدة سير الالتهاب البلوراوى أوفى أثناء امتصاص النضح البلوراوى
فى كل من هاتين الحالتين ومثل ذلك يقال فى الالم العصبى بين الاضلاع
الذى يصاحب السل الرئوى وحيث ان هذا المرض يشاهد كذلك بكثرة عند
النساء الاستيريات المصابات بآفات مزمنة فى الرحم فقد وجه ذلك بامتداد
التهيج العصبى المرضى من اعصاب الرحم الى الضفيرة العضدية بواسطة
النخاع الشوكى ثم ان الاصفار المؤلمة للعلم والكس يمكن تعيينها بسهولة
فى الألم العصبى بين الاضلاع أكثر من غيره من باقى الآلام العصبية
فالصفر الاول المسمى بالصفر الفقرى يشاهد فى الجهة الخلفية للمسافة
بين الاضلاع وحشى النتوّ الشوكى بقليل أى فى موازاة محل خروج
العصب من الثقب بين الفقرات والصفر الثانى أى الجانبى يوجد فى
وسط المسافة بين الاضلاع موازيا لمحل انقسام العصب بين الاضلاع الى
فروع عصبية البعض منها يصير سطحيا والصفر الثالث يوجد فى محاذاة
الاعصاب بين الاضلاع العليا قريبا من القص بين الغضاريف الضلعية
وفى محاذاة الاعصاب بين الاضلاع السفلى فى الجزء العلوى من البطن قريبا
من الخط المتوسط ويسمى هذا الصفر بالقصى أو بالشراسيفى وهو يوازى
الاجزاء التى فيها تصير الاعصاب بين الاضلاع سطحية أى جلدية وهذه
الاصفار المحدودة غالبا تكون عند الضغط ولو الخفيف كثيرة
الحساسية مؤلمة ألما مستمرا بحيث تصيح المرضى عند لمسها وعادة تعرف
المرضى محل هذه الاصفار المؤلمة وتظن غالبا انها نتيجة مرض حيث ان
الالم له مشابهة عظيمة بالالم المرضى وهذه الآلام المستمرة تتزايد أيضا بحركات
التنفس العميقة والسعال والعطاس واحيانا بحركات الذراع بحيث يحصل
عن ذلك نوب آلام ناخسة شديدة جدا تبتدئ عادة من الاصفار الفقرية
وتتشعع الى جهة الامام فى المسافات بين الاضلاع واحيانا يكون تشععها
من الصفر المتوسط الى جهة الامام والخلف والضغط الخفيف فى هذه الحالة
يسكن الألم وقد ذكر المعلم رومبرغ انه شاهد حالة فى شخص صار المحل
الذى كان يضغط عليه باليد فوق سترته متعريا عن الوبر ومن المستغرب
وغير الواضح مضاعفة هذا الالم العصبى كثيرا بالطفح المنطقى كمضاعفة

غيره من الآلام العصبية باضطرابات غذائية أخرى وسير هذا المرض غير منتظم وفي الغالب يظهر شيئا فشيئا ثم يزول تدريجا بعد زمن كثير الطول أو قليله وقد يستعصى أحيانا ويستمر جملة سنين

وأجود ما يوصى به في معالجة الالم العصبي بين الاضلاع استعمال الحرار يق على الاصفار المؤلمة والحقن بالمورفين تحت الجلد وأجود من ذلك استعمال التيار الكهربائي بنوعيه لاسيما المستمر بحيث يوضع أحد القطبين على العمود الفقري والآخر على الصفر المؤلم المتوسط أو المقدم ويكون التيار قويا مستمرا مع ملاحظة حالة البنية ومعالجة الاضطرابات الغذائية

﴿المبحث التاسع﴾

(في الالم العصبي الثديي المعروف بتهيج الثديي)

من المشكوك فيه كون مجلس الالم العصبي الثديي الاعصاب المتوزعة في الغدة الثديية الاتية من الاعصاب بين الاضلاع أو الاعصاب تحت الترقوة المقدمة وقد وصف المعلم رومبرغ هذا الالم العصبي موضحا أنه يوجد جملة نساء خصوصا من وقت البلوغ الى سن الثلاثين يحصل عندهن زيادة حساسية في كثير من اصفار الغدة الثديية بحيث لا يتحملن لمسها بالكلية كما أنه يحصل عندهن زمنا فزمنا نخسات مؤلمة جدا في الثدي تتشعع نحو الكتف والابط والخاصرة وأحيانا يحصل في اثناء هذه النوب قئ والمرضى لا تستطعن الرقاد على الجهتين ويصير ثقل الثدي عندهن غير مطاق والعادة ان تتزايد الالام قبل الطمس بقليل وهذا المرض كثيرا ما يمتد جملة أشهر بل وسنين بدون ان يحصل في الغدة الثديية أدنى تغير مادي وفي أحوال أخرى تظهر أورام صغيرة محدودة سهلة الحركة في الثدي من حجم العدسة الى حجم البندقة وتكون منشأ الالم (ولذا يعبر عنها بالاورام المؤلمة للثدي) وهذه الاورام التي لا تتقيح مطلقا بل قد يفقد الالم منها مع امتداد الزمن غير متكونة من جوهر الغدة الثديية بل من منسوج خلوي ولا يمكن استتباع وصول الاعصاب اليها - وأجود شئ في معالجة هذا الداء ما أوصى به المعلم كوبير من وضع مشمع على الثدي متكون من اجزاء متساوية من مشمع الصابون الطبي وخلاصة البلادونا وأما المعلم رومبرغ فقد أوصى

فى هذا المرض باستعمال حبوب مركبة من خلاصة الشوكران ومن خلاصة رؤس الخشخاش من كل منهما واحد سنتجرام (يعنى قمحتين) ومن خلاصة الداتورة من ١٥ مليجرام الى ٣ سنتجرام أعنى من ربع قمحة الى نصف قمحة وزيادة عن ذلك فقد يستعمل الحقن بالمورفين تحت الجلد لاجل تسكين الآلام وذكر ايلنبورغ حالة مستعصية عند شابة سنها عشرون سنة وكرر لها فعل الحقن نحو ثلاث سنوات ١٢٠٠ مرة مع تزايد فى مقدار الحقن بدون ادنى ضرر وكذا المعلم ارب ذكر حالة شفيت بالكهربائية وفى الاحوال المستعصية جدا يجوز استئصال الاورام المؤلمة بل ربما يسوغ استئصال الثدى بتمامه

﴿المبحث العاشر﴾

(فى الالم العصبى القطنى البطنى)

الالم العصبى القطنى البطنى عبارة عن الم يصيب الفروع العصبية الجلدية الناشئة من الزوج القطنى الخامس المتوزعة فى الجزء السفلى من الظهر والاليتين والجدر المقدمة من البطن واعضاء التناسل وفى هذا الشكل من الالم العصبى يوجد على الدوام نقط مؤلمة ثابتة ينضم اليها زمنا فزمنا آلام ناخسة شديدة جدا وهذه الاصفار المؤلمة هى أولا الصفر القطنى وحشى الفقرة الاولى القطنية بقليل ثانيا الصفر الحرقفى الكائن أعلى وسط العرف الحرقفى بقليل أعنى فى المحل الذى فيه يثقب العصب الحرقفى الخثلى العضلة المستعرضة ثالثا الصفر الخثلى أنسى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا بقليل أعنى فى محل ما يثقب العصب الحرقفى العانى العضلة المستعرضة رابعا اصفار أخرى فى جبل الزهرة أو جلد الصفن أو الشفرين العظيمين اللذين فيهما تنتهى الاعصاب الجلدية والآلام الناخسة تنتشر وتتشعع فى الاليتين عند اصابة الفروع الخلفية وفى الاجزاء التناسلية الظاهرة عند اصابة الفروع المقدمة وكل من سير هذا المرض وأسبابه ومعالجته يشابه الالم العصبى بين الاضلاع بالكلية

﴿المبحث الحادى عشر﴾

(فى الالم العصبى الوركى المعروف بعرق النساء)

عرق النساء عبارة عن الالم العصبى الذى يصيب الاعصاب الحساسة من الضفيرة الوركية المتكونة من الزوج الرابع والخامس القطنيين ومن الزوج الاول والثانى العجزيين

(كيفية الظهور والاسباب)

الاعصاب المكونة للضفيرة الوركية يمكن ان يعتريها اصابة وتهيج مرضيان عند خروجها من الثقوب بين الفقرات حالا عقب تسوسها أو تسرطنها - وماعدا ذلك قد يكون عرق النسا متعلقا بضغط واقع على الضفيرة الوركية فى تجاويف الحوض كانتفاخ العقد الليمفاوية الحوضية الكائنة خلف البريتون كما شاهدت ذلك فى امرأة مصابة بالكخيمية الليمفاوية وبهذه الكيفية تؤثر التولدات المرضية الجديدة للحوض بضغطها على الضفيرة الوركية ومن ذلك أيضا المواد الثفلية المتكاثفة الصلبة ونوايات بعض الاثمار كالكرز المتجمعة فى التعريج السينى كما شاهد ذلك المعلم بامبرجر وكذا الرحم المتمددة بالحمل سيما عند انحشار رأس الطفل زمنا طويلا وفى هذه الحالة حيث كان عرق النسا كثيرا ما يتردد ويظهر ثانيا عقب زواله بعد الوضع بجملة أيام فمن الجائز القول بانه يكون اذ ذاك متعلقا بالضغط الواقع على الغمد العصبى والمنسوج الخلوى المحيط بالضفيرة الوركية من المتحصلات الالتهابية الناتجة عن الالتهاب الرحمى الدائرى المتجمعة فى المنسوج تحت البريتون أو المكيسة داخل البريتون - وبالجملة قد يكون ناشئا عن مهيجات أثرت على الانتهاآت الدائرة للعصب الوركى ومن هذا القبيل تعد احوال عرق النساء الناتجة عن ضغط النعل الضيق مثلا او فصد اوردة فى القدم او عن اورام انورزماوية فى الطرف السفلى او تولدات مرضية على مسير هذا العصب

ومن جملة اسباب عرق النساء التى لا تحدث تغيرات مدركة فى جوهر هذا العصب المشاق الشديدة وانقطاع العرق الاعتيادى أو بعض الطفحات الجلدية أو تأثير البرد خصوصا النوم على الارض الرطبة وهذا الاخير كثير

الحصول حتى ان ينبوع اغلب أحوال هذا الداء يكون روماتزميا فانه كثيرا ما
ينشأ عقب تأثير البرد على الجلد المغطى لهذا العصب سيما فى أثناء استعمال
المراحيض المتسلطن فيها التيار الهوائى وحينئذ لا يستغرب من كون كل من
العصب التوءمى الثلاثى والوركى هو الاكثر اصابة بالآلام العصبية فان
الاول يكون عرضة لتأثير البرد طول النهار والثانى عرضة له بالاقل فى اليوم
مرتين عند تعرى الجلد المغطى له ثم ان هذا الداء كثير الحصول جدا كما ثبت
بالقوائم الطبية ويندر حصوله للاطفال ويكثر جدا من سن العشرين الى سن
الستين وفى الرجال والفقراء اكثر حصولا منه فى الاغنياء والنساء

(الاعراض والسير)

قد ثبت قول المعلم رومبرغ فى معظم الاحوال ان كل فرع عصبى من الضفيرة
القطنية والعجزية اعنى من ثنية الفخذ الى طرف اصابع القدم لا يخلو
عن الاصابة بالالم العصبى وان اعتبار مجلس الالم فى جزع العصب الوركى
نفسه دائما أمر عادى فقط والاعصاب التى يتبع الالم سيرها غالبا هى العصب
الفخذى الجلدى الخلفى وحينئذ يكون مجلس الالم الجهة الخلفية الوحشية
من الفخذ ثم الفرع السطحى للعصب الشاظى فحينئذ يشغل الالم الجهة
الوحشية المقدمة من الساق وظهر القدم ثم العصب القصبى المشترك وهنا
يشغل الالم الكعب الوحشى والحافة الوحشية من القدم ومن النادر أن
تكون الفروع العصبية المتوزعة فى راحة القدم مجلسا للالم وانما تشاهد
آلام عصبية شديدة فى العقب والجزء الخلفى من راحة القدم ناشئة عن اصابة
التفرعات الاخيرة من العصب القصبى والاصقار المؤلمة فى هذا المرض
توجد تبعا لرأى المعلم والكس اسفل المدور العظيم ثلاثة منها فى الفخذ على
مسير العصب الوركى الاصلى وبعضها فى الركبة واحد منها أسفل
العرف القصبى وآخر أعلى الكعب الوحشى وبعضها على الكعب نفسه
وظهر القدم

ثم ان عرق النساء لا يظهر غالبا بشدة قوية فجائية بل بالتدريج حتى يرتقى
الى أعلى درجة والمريض المصاب به لا يخلو من الالم مطلقا بل يشكو على
الدوام بالم مستمر غاير خصوصا جهة المدور العظيم عند محل خروج العصب

الوركى وبالآم فى العجز يسميها العلم رومبرغ بالالام المصاحبة حيث ان
مجلسها ليست فروع العصب الوركى بل تفرعات العصب العجزى الخافى
وينضم لهذا الالم المستمر زمنا فزمنا آلام ناخسة على مسير الاعصاب السابقة
وعلى حسب صعود الالم من أعلى وسقوطه الى أسفل وبالعكس ينقسم الى
صاعد ونازل وهذه الآلام تحصل اما من ذاتها سيما وقت المساء عند دخول
المريض فى فراشه بحيث يكثر خروجه منها بسبب ذلك واما عقب ضغط
ظاهرى أو تحرك الطرف السفلى بل وتوتر الصفاق العريض من الفخذ ولو
قليلا يثيرها ولذا تلتزم المرضى فى فراشها بثنى الطرف السفلى قليلا وكذا
بتوتر هذا الصفاق عند حركات السعال أو العطاس حيث تكون غالبا مصحوبة
بآلام شديدة ثم ان المرضى تحرك الطرف السفلى المصاب عند المشى
وتضعه على الارض بغاية الاحتراس حيث ان كل حركة قوية أو خطوة عنيفة
تحدث نوبة آلام شديدة وليس من النادر أن يصطحب عرق النساء بتقلص
عضلى فى سمانة الساق أو بغيره من الانقباضات العضلية وذلك اما بسبب
اشتراك الالياف المحركة فى الاصابة أو من انتقال التهيج المرضى
ومر بانه من الالياف الحساسة الى المحركة بواسطة النخاع الشوكى ولا نشاهد
تغيرات غذائية أى مادية فى الضفيرة الوركية المريضة مثل ما يشاهد
فى غير هذا المرض من الآلام العصبية لكن ان استطال المرض زمنا
طويلا جدا شوهد ضمور الطرف المريض المصون عن الحركة دواما
واحيانا يعترى قابلية تنبيه الياف هذا العصب تغير تدريجى واضح ينشأ
عنه ضعف فى الحساسية أو شلل

ثم ان هذا الداء مرض يستعصى جدا بل الاحوال الجيدة فيه تستمر
غالبا جملة أسابيع حتى يزول بالكلية وزواله يكون عادة تدريجيا مثل
حصوله وباقى أحواله قد تمكث عدة أشهر أو جملة سنين ومن أقرب شئ
تحصل انتكاساته بعد البرء التام

(المعالجة)

ينذر اتمام الدلالات العلاجية السببية فان كان هذا المرض ناشئا عن
أمراض فى العمود الفقرى يلزم استعمال مصرفات قوية جدا على هذا

العمود بواسطة المقص أو الحديد المحمى وأما المؤثرات المرضية التي تحدث
هذا المرض ويكون مجلسها في الحوض فليس منها مايسهل زواله بالمعالجة
الا امتلاء التعريج السيني وحيث ان هذا الامر كثيرا ما يصاحب ظهور
عرق النساء ولو ندر كونه السبب الوحيد فينبغي ابتداء معالجة عرق
النساء بمسهل لطيف وان بقي بعد الولادة الشاقة وكان ناشئا عن
التهاب في الغمد العصبي أو الاجزاء الخلوية المحاطة بالضفيرة الوركية
ينبغي ارسال العلق ارسالا متكررا مع وضع الضمادات الفاترة وضعا مستمرا
وفي أحوال عرق النساء الروماتزمي يوصى باستعمال الحمامات الفاترة مع
المداومة أو الحمامات الفاترة المعدنية وأجود الجواهر المضادة للروماتيزم
استعمالا من الباطن يودور البوتاسيوم بمقدار عظيم سيما اذا شوهد منه خفة
الالم وحصول النجاح يكون واضحا في الاحوال التي فيها يحصل الزكام اليودي
والطفحات اليودية ـ وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الاحوال
الحديثة استعمال الاستفراغات الدموية الموضعية واستعمال المحاجم أولى
من ارسال العلق وماذكروه من استعمال الفصد العام في معالجة هذا
المرض في بعض كتب الامراض الباطنة مبني غالبا على نقل ماذكره بعض
المؤلفين قديما بدون أن يكون لذلك ادنى اتباع في الطب العملي وليس ثم في
هذا العصر من يقول باستعمال هذه الواسطة في هذا المرض وأما في الاحوال
غير الحديثة فينبغي استعمال المصرفات الجلدية سيما الحراريق الطيارة
فتوضع واحدة على القسم القطني بجوار العمود الفقري في محاذاة محل
خروج الاعصاب المكونة للضفيرة الوركية وأخرى خلف المدور العظيم ثم
ينزل بها الى أسفل في محاذاة المحال التي فيها يصير العصب سطحيا قريبا
من الجلد الى القدم وزيادة على هذه الحراريق يستعمل الكي الخطي
السطحي على مسير العصب الوركي ويكون شديدا بالحديد المحمى والمقصة
على بعض اصفار من مسيره كما يستعمل الكي على ظهر القدم وبين اصابعه
الوحشية (كطريقة العرب) وقد يستعمل أيضا على صيوان الاذن وتاثير
هذه الواسطة ولو وقتيا غريبة التوجيه وكذا يحصل النجاح العظيم
من التيار الكهربائي المتقطع بواسطة استعمال الفرشة الكهربائية

ولاسيما من استعمال التيار المستمر فى كثير من أحوال هذا المرض المستعصى عن المعالجة جدا وأما الجواهر الدوائية النوعية فالاهم منها فى الاستعمال هو زيت الترمنتينا على هيئة مستحلب بان يؤخذ منه نصف درهم مضافا له أوقية من العسل ويعطى منه مرتين فى النهار كل مرة ملعقة واحدة صغيرة وكثير من الاطباء من يوصى باستعمال هذا الجوهر الدوائى لاسيما الشهير رومبرغ وأما القطع العصبى فلا ينبغى استعماله الا اذا كان المرض شاغلا يقينا لفريعات دقيقة سطحية وأما استعمال الوراترين والاكونتين والمورفين الذى لا يستغنى عنه فى هذا المرض فيقال فيه ماقيل فى معالجة الامراض العصبية على العموم واستعمال الكهربائية فى هذا المرض كغيره من الآلام العصبية مهم للغاية على هيئة التيار المتقطع وبالاولى المستمر ولذا ينبغى استعمالها فى جميع الاحوال الثقيلة من هذا المرض التى لم تثمر فيها الطرق العلاجية الاخر بشرط ان لا تكون ناتجة عن اسباب غير قابلة للشفاء ويوضع القطب الموجب بقرب البورة المرضية ما امكن فيكون وضعه اما على الفقرات القطنية أو العجز أو الشرم الوركى أو على جزع العصب أو أحد فروعه العظيمة ويوضع القطب السلبى على الانتهاآت الدائرية له ويسلط على العصب المريض التيار الشديد كل يوم أو يومين من ٥ دقايق الى ١٠ وقد تظهر ثمرة الكهربائية فى هذا المرض احيانا عما قليل من الاستعمال واحيانا بعد جملة اسابيع ولا يكاد يستغنى فى هذا المرض عن الحقن بالمورفين تحت الجلد لتسكين الآلام وقتيا

(المبحث الثانى عشر)

(فى الالم العصبى الفخذى المعروف بعرق النساء المقدم)

قد تصاب الفروع العصبية المتوزعة فى الجهة المقدمة من الفخذ والساق الآتية من الضفيرة القطنية زيادة عن اصابة بعض فروع هذه الضفيرة المسمى ألمها بالالم العصبى القطنى البطنى وحيث لم يتوزع هذا الالم بالمرض المذكور فى الجهة الخلفية الوحشية كالالم العصبى الوركى بل يتوزع فى الجهة المقدمة الانسية من الفخذ والساق ويمتد احيانا الى الكعب الانسى وجهة القدم الانسية حتى يعم الابهام والسبابة منها فيسمى باسم غير

صائب

صائب وهو الالم العصبي الوركي المقدم أي عرق النساء المقدم ثم ان هذا الالم نادر جدا بالنسبة للخلفي ويمكن حصوله مثله في كونه اما أن ينشأ عن ضغط على العصب عند خروجه من القناة الفقرية أو عن مهيجات تؤثر على الضفيرة القطنية وهي في الحوض أو فروعها المتوزعة في الدائرة أي في الجهة المقدمة من الطرف السفلي كما ان الفتق المختنق وخلع الفخذ والتهاب المفصل الفخذي الحرقفي لا يندر أن ينتج عنها ضغط على العصب الفخذي أو توتره وثوران ألم في حساسية فروعه الجلدية ثم ان الالم العصبي الفخذي في سيره وانتهائه يشابه عرق النساء في سيره كذلك وانتهائه بل والمعالجة أيضا

ومن الاحوال النادرة جدا أن يكون العصب الشاذي مجلسا للالم العصبي ويتصف بانتشار الالم على الجهة الانسية العليا من الفخذ وباضطراب في حركة العضلات المقربة للفخذ بسبب اشتراك الالياف المحركة لهذا العصب المتوزعة في تلك العضلات وحصول هاتين الظاهرتين فجأة مصحوبتين باعراض انسداد المعى انسدادا حادا مع المغص القولنجي والالتهاب البريتوني هو العلامة الوحيدة الدالة على تشخيص الفتق المختنق في الثقب السادّ

(المبحث الثالث عشر)

(في الانستازيا الجلدية)

(أي ضعف حساسية الاعصاب الجلدية أو فقدها بالكلية)

فقد الحساسية الجلدية أي عدم حساسية الاعصاب الجلدية عقب تأثير المنبهات الظاهرة ينشأ أولا عن فساد أو فقد فعل الاجزاء الدماغية المنوطة بنقل تنبيه الاعصاب الحساسة الى القوة المدركة وقابلية تنبيه الاعصاب الحساسة في هذا الشكل قد تكون باقية على حالتها الطبيعية مع فقد الحساسية التام عند المرضى عقب تأثير المنبهات الظاهرة وهذا الشكل من فقد الاحساس الذي كثيرا ما ذكرناه عرضا لجملة أمراض دماغية لا نتعرض له بالكلية في هذا المبحث ولا نذكر هنا الا الاحوال المرضية للاعصاب الدائرية ثانيا قد تحصل الانستازيا عن انقطاع توصيل تنبيه الالياف

العصبية الدائرية الى الدماغ عقب فساد الالياف العصبية النخاعية الشوكية المنوطة بنقل التوصيل الى المركز الدماغى وفى هذا الشكل كذلك تكون قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية على حالة سلامتها الطبيعية وقد ذكرنا عند الكلام على الالتهاب النخاعى انه كثيرا ما يشاهد ان المنبهات المؤثرة على الدائرة بشدة عظيمة جدا لا يصل تأثيرها المنبه الى الدماغ ولا يمتد اليه مع ان المنبهات الخفيفة يمتد تأثيرها المنبه من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب المحركة وينتقل اليها فتحدث حركات انعكاسية ويستدل من هذه الظاهرة على انه فى مثل هذه الاحوال لم تزل قابلية تنبيه كل من الاعصاب الحساسة والمحركة محفوظة على حالتها الطبيعية فى المحال الكائنة أسفل الجزء الذى انقطع فيه فعل التوصيل الى المركز الدماغى ولا نتعرض أيضا هنا للكلام على هذا الشكل ثالثا قد تحصل الانستازيا عقب تغيرات غذائية فى الاعصاب الدائرية تؤدى لفقد قابلية تنبيهها كما ان ذلك يحصل أيضا من انقطاع اتصال هذه الاعصاب بالمركز العصبى الدماغى الشوكى بطريقة ميخانيكية وهذا الشكل هو الذى نتعرض له فى هذا المبحث ونشرحه ومع ذلك فلننبه على اننا نعتبر كل عصب حساس أو محرك دائريا أى ليس مركزيا من ابتداء منشائه من الدماغ أو من النخاع الشوكى سواء كان سائرا فى الجمجمة أو القناة الفقرية أو خارجا منهما وتركهما وهذا الاعتبار ليس اختياريا ولا غير صائب بل يرتكن فيه الى أن جزء العصب السارى داخل الجمجمة أو القناة الفقرية يشابه بالكلية جزءه السارى والمتوزع خارج هذين التجويفين بالنسبة لفقد قابلية تنبيهه عند انقطاع اتصاله بالاعضاء المركزية وهذا الاعتبار سهل الاثبات فى الاعصاب المحركة فانه عقب اصابة مريض بالسكتة فى الجسم المضلع اليسارى وفقد الحركة الارادية من الجهة اليمنى من الوجه لم تزل أعصاب الجهة المنشلة حافظة لقابلية تنبيهها الطبيعى جملة أسابيع بحيث يمكن بواسطة التيار الكهربائى تحريك كل عضلة على حدتها فى هذه الجهة وبالعكس اذا كان العصب الوجهى قد اعتراه فساد داخل الجمجمة بعد خروجه من الدماغ فعما قليل يشاهد انطفاء قابلية تنبيهه كما يشاهد ذلك عقب

قطع الاعصاب الدائرية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية فى عضلات الجهة المنشلة وأما الاعصاب الحساسة فلا يمكن اثبات هذا الامر فيها بكيفية واضحة ومع ذلك فمن الجائز أن يقال ان كل نوع من نوعى الاعصاب يشبه الآخر من هذه الحيثية وأقل ماهنالك انه فى أحوال الانستازيا المركزية للعصب التوءمى الثلاثى يبقى هذا العصب حافظا لقابلية التنبيه زمنا طويلا كما يتضح ذلك من استمرار الظواهر الانعكاسية كرمش الاجفان عند لمس الملتحمة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التغيرات الغذائية للاعصاب التى ينتج عنها فقد قابلية تنبيهها واهية جدا غالبا وغير مدركة بحيث لا يمكن مشاهدتها بلا واسطة فمثلا متى انقطع توارد الدم الشريانى الكثير الاوكسيجين الى عصب فقد هذا العصب قابلية تنبيهه ولا شك ان ذلك ناشئ عن تغيرات طبيعية أوكيماوية فى باطن العصب غير انه لا يمكننا اثباتها ولا الوقوف على حقيقتها وكثيرا ما نشاهد طبقا للتجارب الفسيولوجية ان الاجزا المتوزع فيها شريان منسد بواسطة سدد ذاتية أوسيارة يعتريها فقد الحساسية قبل تكوين الدورة الجانبية التفممية فيها وكذا تأثير البرد تأثيرا مستمرا ينتج عنه فقد حساسية الجلد وذلك بسبب احداثه انكماشا فى الاوعية الشعرية الجلدية وانيميا فى الاعصاب الجلدية ومن الجائز أن الانستازيا التى تحصل عقب التسمم بالجويدار تنشأ عن حالة انيميا فى الاعصاب الحساسة الدائرية عقب تضايق تشنجى فى جدر أوعيتها الشريانية ومن قبيل هذه الانستازيا الدائرية أى الناتجة عن فقد قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة الدائرية وانطفائها بدون وجود تغيرات مادية الانستازيا التى تطرأ كثيرا عقب تأثير البرد وتسمى الروماتيزمية وكذا الانستازيا التى شاهدها المعلم رومبرغ فى كل من ايدى واذرع الغسالات وهل الانستازيا الناتجة عن التسمم الزحلى متعلقة بتغيرات غذائية غير مدركة فى الاعصاب الدائرة أو بتغير غير طبيعى فى الاعضاء العصبية المركزية أمر مشكوك فيه ومثل ذلك يقال فى تأثير وفعل الجواهر المخدرة كالاتير والكلوروفورم فانه لم يثبت ان هذه الجواهر عند تأثيرها

الموضعي تكون قاصرة على الموضع المؤثر فيه بل الظاهر انها تؤثر كذلك على الدماغ أيضا في آن واحد فهل يشاهد تأثيرها المخدر الواضح مع بقاء وظائف الدماغ على حالة سلامة تامة وأما الانستازيا الاستبرية فلها خصوصيات سنذكرها في مبحث الاستيريا

وأما الانستازيا الناشئة عن ضغط مستمر مستو بواسطة الاربطة أو الملابس فانها عبارة عن درجة ابتدائية من اشكالها التي فيها لا يظن بوجود تغيرات مادية عصبية فقط بل يثبت فيها ذلك مع غاية الوضوح فاننا نشاهد من هذا القبيل حصول ضمور وابتداء الاستحالة الشحمية في جميع الاجزاء التي يعتريها ضغط مستمر ولا بد ان يعتري الاعصاب في مثل هذه الاحوال ما يعتري باقي الاجزاء من التغير الا ترى انه بواسطة الضغط مثلا الواقع على أي عصب من وجود أورام مختلفة الطبيعة أو انسكابات أو نضح مرضي لا يندر ان يفقد هذا العصب قابلية تنبيهه و ينقطع فيما بعد اتصاله بالمراكز العصبية بالكلية فالانستازيا المصاحبة للجذام الاسويجي (نسبة لبلاد الاسويج) لابد وان تكون ناشئة عن الضغط الذي يعتري الاعصاب الحساسة داخل القناة الفقرية او الجمجمة من النضح المتكاثف فيهما وفي أحوال أخرى من الانستازيا يكابد جزء من العصب فسادا بواسطة تغير التهابي ولا حاجة للتطويل على التغيرات المادية التي تنشأ عنها الانستازيا لئلا يلزم التكرار بالنسبة لما ذكر في أسباب الآلام العصبية فان عين المؤثرات المرضية التي تحدث ارتقاء في قابلية تنبيه العصب عند تأثيرها تأثيرا ضعيفا وغير مستطيل تحدث أيضا عند تأثيرها تأثيرا مستطيلا قويا فقدا في قابلية تنبيه العصب المذكور بل فسادا فيه بالكلية

﴿الاعراض والسير﴾

فقد الحساسية اما ان يكون تاما أولا ففي الحالة الاولى لا تحدث المهيجات التي تؤثر على الدائرة كالضغط أو اختلافات درجة الحرارة ادنى احساس وفي الحالة الثانية وان احدثت احساسا الا انه يكون غير واضح وغير أكيد وعند وجود انستازيا غير تامة كثيرا ما يحصل احساس بتنمل أو خدر ويحس المريض كأن بين الجلد والجسم الملامس أوساطا أخرى غريبة وقد وجه المعلم

هنلى هذه الظاهرة بان الاحساس زال من الانتهاآت الدائرية للاعصاب وكانه ارتد عن اتجاهه نحو الاعضاء المركزية فكانما يوجد بين الجسم الملامس والعصب طبقة من جوهر عديم الاحساس والتأثير وبهذه النظريات يمكن توجيه هذه الظاهرة بأن البرودة التى تمتد بالاكثر الى انتهاء تفرعات الاعصاب الحساسة تحدث نوع تنمل وخدر فى الجلد وهناك نوع آخر من الانستزيا يسمى بفقد حساسية الالم وفى هذا النوع لا تحدث المنبهات الشديدة جدا ادنى احساس بالالم مع وجود حاسة اللمس وتوجيه هذه مبهم علينا ويمكن اعتبارها تبعا للمعلم هنلى درجة ضعيفة من الانستزيا فيقال ان هذه الظاهرة عند وجودها لا ينشأ عن المؤثرات المهيجة الشديدة شكل الاحساس الاعتيادى بالالم بل ينشأ عنها شكل آخر من الاحساس الذى يظهر عند تأثير مهيجات خفيفة على اعصاب ذات قابلية تنبيه طبيعية غير أن هذا القول يشترط فيه أن نبنى عليه ان فى مثل هذه الاحوال المرضية لا تدرك المنبهات الخفيفة بالكلية وهذا الشرط مفقود فى احوال فقد حساسية الالم وأصعب من توجيه الظاهرة المذكورة شكل الانستزيا المعبر عنه بشلل الاحساس الجزئى فانه فى هذا الشكل ينطفئ الاحساس بتأثير بعض مهيجات مخصوصة ويستمر بتأثير بعض مهيجات أخر وان لم تكن أشد قوة مما قبلها — فمثلا ينطفئ الاحساس باللمس مع بقاء قابلية الاحساس باختلاف درجة الحرارة وبالعكس يعنى ان حساسية اللمس تكون موجودة وتنطفئ قابلية الاحساس بدرجة الحرارة

ثم ان الناموس العصبى المعروف بناموس الظواهر الدائرية الذى به يدرك كل تنبه عصبى حساس كتنبه حاصل فى انتهاآته الدائرية ولو كان تأثير السبب المنبه واقعا على جزء هذا العصب يوجه لنا بسهولة عدم تشكى المرضى بالآلام فى الاجزاء التى فقدت حساسيتها ولا تتأثر من المنبهات الظاهرية وهذه الظاهرة تعرف بالانستزيا المؤلمة أعنى فقد الاحساس المؤلم الذى يوجد فى جميع الاحوال التى فيها تنطفئ قابلية احساس هذا العصب الى صفر أو جزء معلوم منه وزيادة على ذلك تكون فيها باقى اجزاء العصب التى اعلى هذا الصفر الحافظة لقابلية تنبيهها ومتصلة بالمركز الدماغى الشوكى عرضة

لتأثير سبب مهيج مستمر ومن الواضح ان هذين الامرين يصطحبان بكثرة في الاحوال التي فيها تضغط الاورام على أحد الفروع العصبية فان الجزء العصبي الكائن بين الدماغ والورم الضاغط يبقى حافظا القابلية التنبيه فيدرك تأثير السبب المهيج المستمر وأما جزؤه الكائن بين الورم والدائرة فتنطفي فيه قابلية التنبيه بالكلية

وأما انسثازيا الاعصاب العضلية ففيها تتناقص قابلية ادراك درجة انقباض العضلات أو استرخائها أو تفقد بالكلية وفي مثل هذه الاحوال يكون للمرضى احيانا قدرة على اجراء جميع الحركات التي تؤمر بفعلها وان لم يمكنها بدون حساسية الابصار الحكم على درجة اجراء الحركات المفعولة فانها مثلا يمكنها القبض باليد على الاشياء ما دامت حركة القبض عليها مصحوبة بالنظر وعند غلق الاعين تسقط الاشياء القابضة عليها من أيديها وان كان فقد الاحساس مصيبا لاعصاب الاطراف السفلى امكن المرضى المشي مدة النهار لكنها في الظلام تهتز وتضطرب في مشيها ولا يمكنها التقدم في المشي مطلقا

وكثيرا ما تضاعف الانسثازيا باضطرابات دورية غذائية في الاجزاء المنشلة فدرجة حرارتها تكون غالبا متناقصة زيادة عن درجة واحدة ووظائفها مضطربة وافرازها متناقصا وزيادة على ذلك تكون مقاومة هذه الاجزاء قليلة جدا فانها باقل تأثير برد يعتريها التجلد مثلا وحرقها وجروحها وقروحها لا تشفى الا بعسر عظيم جدا أو لا تشفى بالكلية وتحصل فيها الغنغرينا الوضعية بسهولة عظيمة جدا وكل من البشرة والاظافير يتفلس ويتشقق والجلد يصير مزرقا وتحصل الاوذيما في المنسوج الخلوي تحت الجلد ثم ان بطء الدورة يوجه به بسهولة الاضطرابات المذكورة التي تعتري الاجزاء الفاقدة الحساسية وان لم يتضح فيها سبب بطء الدورة ويظهر تبعا للتجارب الفسيولوجية للمعلم اكمن وقريبا من العقل ان بطء الدورة ناشئ عن اضطراب في الالياف العصبية السمباتوية المصاحبة للالياف العصبية الشوكية في سيرها فان المعلم المذكور شاهد أنه عند قطع الاعصاب الشوكية بين النخاع الشوكي والعقدة العصبية السمباتوية في الضفادع يحصل شلل وفقد في الحساسية فقط بدون حصول اضطرابات غذائية في الاجزاء المنشلة

وأما عند قطع الاعصاب الشوكية المذكورة خارجا عن العقدة السمبا تو ية أعنى بعد اختلاط الالياف العصبية الشوكية بالسمباتو ية بواسطة الفروع التفممية فانه يشاهد اصطحاب الشلل وفقد الحساسية فى هذه الاجزا المتشللة مع بهاتة فى لون الجلد وتفلس فى البشرة واحتقانات ضعفية فى الاوعية الشعرية وأوذيما ونحو ذلك من الاضطرابات الدورية

ومتى كان العصب المنفصل عن المراكز العصبية أو الفاقد لقابلية تنبيهه باى مؤثر مضر مشتملا على الياف محركة والياف حساسة اجتمع فقد الحساسية حينئذ بفقد الحركة أيضا بل ويظهر كأن العصب الفاقد لقابلية تنبيهه تتعدمنه هذه الحالة الضعفية المرضية بواسطة العقد العصبية الى أعصاب أخرى مثل ما ان العصب المتنبه تنتقل منه هذه القابلية الى أعصاب أخرى بواسطة العقد العصبية وتوسطها وعلى مقتضى ذلك توجه المشاهدة الآتية وهى ان فقد حساسية العصب التوأمى الثلاثى ينضم اليه ضعف فى حساسية كل من عصب الشم والسمع كما ينضم الى الصمم العصبى ضعف فى حساسية القنوات السمعية وكانضمام الشلل غير التام الى فقد الحساسية المستطيلة زمنا طويلا المعروف بالشلل الانعكاسى

وليس من السهل تمييز اشكال الانستازيا الدائرية عن اشكال المركزية والذى يرتكن اليه فى التشخيص التمييزى بينهما هو امتداد فقد الاحساس وتضاعفه بشلل فى الحركة أو عدم وجود هذا التضاعف فان كان فقد الاحساس مثلا عاما لاحد شقى الجسم ومصاحبا للشلل النصفى الجانبى أيضا دل ذلك بدون شك على ان فقد الاحساس مركزى وان كان فقد الاحساس منتشرا على النصف السفلى من الجسم وكان مصاحبا الشلل النصف السفلى أيضا دل ذلك على وجود آفة فى النخاع الشوكى وعند وجود فقد فى حساسية البصر يدل الشلل المصاحب له على ان شكل الانستازيا مركزى وان كان مصحوبا بحركة طبيعية فى أعضاء الابصار وغيرها دل ذلك على ان شكل الانستازيا دائرى ومن المهم جدا فى التمييز بين هذين الشكلين وجود الحركات الانعكاسية التى اشرنا لها فيما تقدم فان كان فقد الاحساس دائريا بان كان العصب منفصلا من الدماغ أو كانت قابلية تنبيهه مفقودة لا يمكن

انتقال تنبيهه الى الاعصاب المحركة فلا تحصل حينئذ حركات انعكاسية وأما ان كان فقد الاحساس مركزيا بمعنى ان جزء الدماغ الذى فيه تدرك الاحساسات وتصل الى الدماغ منفسدا فمن الجائز ان يكون السبيل الذى منه ينتقل التنبيه من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب المحركة على حالة سلامة فيمكن حينئذ حصول حركات انعكاسية وهذا غير ما يحصل اذا كان النخاع الشوكى منفسدا فى بعض اصفاره المحدودة كما فى التهاب العمود الفقرى أو الالتهاب النخاعى المحدود وأما عند اصابة هذا العضو بالالتهاب المنتشر أو الضمور فالغالب فيه عدم حصول حركات انعكاسية ـ وهناك دليل آخر قطعى يدل على اختلاف هذا الامر أى على وجود بعض الحركات الانعكاسية فى أحوال الانستازيا المركزية وعدم وجودها فى أحوالها الدائرية وهو انه ان حصل فقد الاحساس فى الملتحمة عقب السكتة الدماغية فان المريض لا يحس بالكلية عند ملامسة الغشاء المخاطى للمقلة غير أنه يحصل للعين غلق بدون ارادة لان التنبيه ينتقل من التفرعات العصبية الحساسة للعصب التوأمى الثلاثى ويمتد الى التفرعات العصبية المحركة للعصب الوجهى وأما اذا كان فقد احساس الملتحمة متعلقا بفساد فى عقدة جسيرى أو الفرع العينى من التوأمى الثلاثى فان المريض لا يحس بملامسة الملتحمة ولا بغلق عينه بدون ارادة فان انتقال التنبيه من العصب التوأمى الثلاثى الى العصب الوجهى فى هذه الحالة غير ممكن بالكلية

ثم ان سير الانستازيا يتعلق بالكلية بمرضها الاصلى فان كان العصب قد اعتراه تفرق اتصال بواسطة آلة قاطعة فان الاحساس يفقد عما قليل من الزمن أحيانا وأما اذا كان العصب الحساس منفسدا فى امتداد عظيم منه فان فقد الاحساس يستمر طول الحياة وكل من فقد الاحساس الروماتيزمى والناتج عن ضغط غير شديد منتظم على مسير العصب بتمامه ينتهى غالبا انتهاء جيدا خلافا لباقى اشكال هذا المرض

﴿المعالجة﴾

معالجة الانستازيا لا تثمر الا فى الاحوال التى فيها يمكن ازالة السبب الناتجة عنه واحيانا يقتضى الحال لفعل عمليات جراحية أو لاستعمال معالجة مضادة

للروماتيزم ويندر هنا عقب زوال السبب زوال المسبب عنه بسرعة وفى مثل هذه الاحوال تستعمل الدلكات بالجواهر المنبهة الروحية أو العطرية بل والكهربائية كما أنه يمكن استعمال المياه على هيئة التشلشل أو الحمامات الطبيعية ولو ان رجوع قابلية التنبيه الى الاعصاب التى انطفأت منها أمر غير محقق ولا مقطوع به

(المبحث الرابع عشر)

(فى انستازيا العصب التوأمى الثلاثى أى فقد حساسيته)

(كيفية الظهور والاسباب)

المؤثرات المرضية التى تحدث الالم العصبى الوجهى تبعا لما بيناه فى المبحث السابق يمكن ان تحدث كذلك فقد حساسية العصب التوأمى الثلاثى بتأثيرها تأثيرا شديدا مستطيلا جدا فقد وجد فى بعض أحوال انستازيا احدى صحيفتى الوجه انضغاط عقدة جاسرى بواسطة أورام أو متحصلات التهابية أو فسادها أو بكابدتها الاستحالات مرضية كما أنه وجد فى احوال اخر ان احد الفروع الثلاثة للعصب التوأمى الثلاثى اعتراه ضغط او اصابة جرحية اخرى قبل خروجه من الجمجمة او حال خروجه من ثقوب العظم الوتدى وفى احوال وهى الغالب وجد فقط بعض تفرعات العصب التوامى الثلاثى منقطعة عقب العمليات الجراحية أو منفسدة ومتهتكة عقب التقيح او ضغط بعض الغدد عليها او ممزقة عقب استئصال بعض الاسنان سيما الفرع السنخى من هذا العصب ثم ان السير الجيد فى بعض احوال هذا المرض يدل على انه يمكن حصوله من اسباب وقتية برهية كتأثير البرد الذى ينشأ عنه بعض تغير فى العمد العصبى

(الاعراض والسير)

فى الاحوال التى تفقد فيها جميع الياف العصب التوامى الثلاثى قابلية تنبيهها يكون من الواضح ان جزع هذا العصب أو عقدة جسيرى هو الذى اعتراه التغير أو الفساد وفى مثل هذه الاحوال ينقسم الوجه الى قسمين متساويين متميزين عن بعضهما احدهما حساس والآخر غير حساس وكذا تجاويف الوجه المتوزعة فيها فريعات حساسة من هذا العصب يحصل فيها

مثل ذلك أيضا فى الجهة المريضة يمكن لمس العين أو الضغط عليها أو وخزها ووخز الانف كذلك بآلات واخزة مدبية أو تأثير ابخرة مهيجة فيهما بدون ان تحس المرضى بشئ من ذلك وعند وضع قارورة مثلا من الزجاج على الشفة لاتحس الا بجهة منها واحدة بحيث تظن المرضى انها منكسرة وكذا نصف اللسان يكون كذلك ويسيل اللعاب من الجهة المريضة من الفم وباقى المطعومات تبقى معلقة بين فكى هذه الجهة بدون ان تدركها المرضى ولا تشاهد ظواهر الانعكاس فى عضلات المقلة عند تنبيه الملتحمة كما ذكرناه فى المبحث السابق وعلى العكس من ذلك تحصل عند وقوع ضوء شديد على الشبكية فانه ينتقل التنبيه من العصب البصرى السليم الى العصب الوجهى وكان المرضى لا ترمش اهدابها عند تهيج الملتحمة لا تفعل حركات العطاس عند تهيج الغشاء المخاطى الانفى فان الحركات الانعكاسية لا يحرضها هذا التهيج ولا يمتد تنبيهه الى الاعضاء التنفسية و ينضم لهذه الظواهر اضطرابات غذائية فى الجهة المريضة تشبه ما تحصل فى حيوان قطع منه العقدة العصبية الجسرية بالصناعة كانتفاخ العين الدوالى وتقيحها أو ضمورها وانتفاخ اللثة انتفاخا فطريا ونزيف التجويف الفمى والانفى وتلون الوجنة باللون الازرق مع انتفاخها وفى بعض احوال اخرى تفقد حاسة الذوق وفى غيرها تبقى محفوظة واما حساسية البصر والسمع فكثيرا ما يعتريهما تغير ومع ذلك يعسر معرفة درجة تأثير الاضطرابات الغذائية المذكورة للغشاء المخاطى الانفى والعينى فى هاتين الحاستين ثم ان كان التغير أو الفساد مصيبا المحل من جزء العصب التوامى الثلاثى الكبير والصغير اصطحب فقد الاحساس الجانبى للوجه بفقد حركة العضلات لهذه الجهة وان كان فساد العقدة نتيجة اورام عظمية فى الجمجمة اوغيرها من التغيرات المرضية الممتدة لقاعدة الجمجمة حصل كذلك اضطراب فى وظائف غير هذا العصب من اعصاب الدماغ سيما المحرك للمقلة والوجهى والسمعى فيحصل للمريض اما سقوط الجفن أو تمدد فى الحدقة وشلل فى الجهة المسامتة من الوجه وصمم فى اذن تلك الجهة

واذا كان جزء هذا العصب غير مصاب بل المصاب أحد فروعه الرئيسة كان مجلس فقد الاحساس الاجزاء المتوزع فيها الفرع العصبى المريض

فيشاهد فقد الاحساس فى المقلة عند اصابة الفرع الاول وفى الانف عند
الثانى ثم فى الفم عند الثالث - وعند اصابة أحد الفريعات الصغيرة فقط
لايفقد الاحساس الافى بعض اجزاء محدودة من الوجه قليلة الاتساع جدا
بحيث ان تجاويف الوجه تبقى حافظة لسلامتها
والانستازيا المركزية المنفردة فى العصب التوأمى الثلاثى أى التى تحصل
بدون ان تصطحب بفقد الاحساس فى نصف الجسم المسامت للجهة المريضة
وبدون شلل نصفى جانبى فيه نادرة جدا والذى يرتكن اليه فى التمييز بين
فقد الاحساس المركزى دون الدائرى قد ذكرت فى المبحث السابق
ومعالجة انستازيا الزوج الخامس يرتكن فيها الى ماذكر فى المبحث
السابق وحيث ان هذه الانستازيا كثيرا ما تتعلق بتغيرات مهمة داخل
الجمجمة فمن النادر وجود أحوال فيها يصل الطبيب الى ازالة السبب
الاصلى وبهذه المثابة كثيرا مالاتثمر فيها المعالجة فان لم يكن ثم سبب أصلى
مانع من الشفاء أوأمكن ازالته ساغ معالجة شلل الاحساس حينئذ بطرق
علاجية واصلة فيستعمل زيادة عن الوسائط المنبهة الموضعية المختلفة
كالدلكات البسيطة والدلك بروح حب العرعر أوالمربيلا أوالكافور أو
الايود يلدك وبالمرهم العصبى والتشلشلات الباردة والفاترة الكهربائية
لاجل ايقاظ الحساسية ثانيا فانها هى اقوى الوسائط فى الانستازيا عموما
وفى انستازيا هذا العصب خصوصا والمفضل التيار الجلوانى مع الاحتراس
اللازم فى استعماله لقرب المحل من الدماغ

(فى تشنج بعض الاعصاب الدائرية وتفرعها)

ولنشرح فى المباحث الآتية التنبهات المرضية التى تشاهد فى الاجزاء
المتوزع فيها بعض الاعصاب المحركة فكما ان شدة تنبه أحد الاعصاب
الحساسية ينتج عنه احساس بالم يتضح بظواهر انعكاسية كذلك ينتج
عن شدة تنبه أحد الاعصاب المحركة انقباض وقصر فى الالياف العضلية
المتوزع فيها هذا العصب ثم ان وقع التنبه العصبى المرضى على عصب
محرك بكيفية متعاقبة سريعة استمر انقباض الالياف العضلية الذى ينتج من
التنبيه العصبى الاولى حتى يعقبه تنبيه مرضى آخر ولذا تحصل انقباضات

عضلية مستمرة يعبر عنها بالتشنجات المستمرة او التيتنوسية وأما اذا كان تعاقب التنبيه العصبي فى أزمنة بعيدة عن بعضها بحيث ان العضلة تسترخي قبل ان يحدث تنبه عصبي آخر انقباضا فى الياقها وتعاقبت حينئذ الانقباضات العضلية مع الاسترخاء فان ذلك يسمى بالانقباض العضلى المتقطع أو التشنجات المتقطعة

ثم ان الاعصاب المحركة فى الاشخاص السليمين ينشأ تنبهها اما من البورة المركزية للارادة وبذلك تنشأ الحركات الارادية أو من بعض اجزاء الدماغ التى تتنبه عند الانفعال النفسى بدون مدخل للبورة المركزية الارادية ومن هذا القبيل الحركات الناتجة عن حصول انفعالات نفسية كالغضب الشديد والالم ويعبر عنها بحركات الالم أو الغضب الشديدين فانه لا يقصد تقلص الوجه عند البكاء مثلا لحالة الحزن ولا قبض اليد بشدة عند الغضب بل حصول ذلك غير ارادى وهناك بعض حركات تحصل عند السليم بدون ارادة بل بضد الارادة وذلك بواسطة انتقال التنبيه العصبي من الياف عصبية متجهة نحو المركز الى الياف عصبية متجهة نحو الدائرة تسمى بحركات الانعكاسات الطبيعية ويميز بعض هذه الحركات المسماة بالذاتية الناشئة عن منبهات طبيعية قوية مترددة بانتظام كحركات التنفس الناشئة عن تراكم حمض الكربون فى الدم وكحركات الازدراد الناشئة عن وصول البلعة الغذائية فى البلعوم عن الحركات الناشئة عن منبهات نادرة التردد كالعطاس ورمش الهدب ونحو ذلك

وبلفظ التشنجات يعنى حالة مرضية فيها يكون تنبيه الاعصاب المحركة ناشئا عن مهيجات غير اعتيادية وغير معلومة وليست ارادية أو التى فيها تأثير المهيجات الاعتيادية يحدث تنبها شديدا جدا منتشرا فى تفرعات الاعصاب المحركة

ثم ان تقسيم التشنجات بحسب نوع المهيجات التى أحدثت التنبيه العصبى أو بحسب الصقر الذى أثرت فيه غير ممكن بحسب درجة العلوم الى وقتنا هذا فان التشنجات التى سنتكلم عليها فى هذا المبحث تنشأ عن مهيجات مختلفة غير معلومة فهى وان حصلت فى بعض الاجزا المتوزع فيها بعض الاعصاب

المحركة واقتصرت عليها غيرانا لا نعلم هل وقع تأثير المهيج على نفس الالياف المتنبهة بلا واسطة أم لا

﴿المبحث الخامس عشر﴾

(فى التشنج العصبى الوجهى المعروف بالتيك التشنجى وبتشنج السحنة)

(كيفية الظهور والاسباب)

التنبه المرضى لفروع العصب الوجهى المتوزعة فى عضلات الوجه يعبر عنه بالتشنج الوجهى أو تشنج السحنة مالم يكن ظاهرة من التشنجات العامة وأسبابه منبهمة علينا ومن القريب للعقل ان التنبه المنعزل للعصب الوجهى لا يكون متعلقا بتغيرات فى الدماغ كما انه فى النادر جدا ان يكون التهيج المحدث لهذا المرض واقعا على هذا العصب داخل الجمجمة أو فى اثناء سيره فى قناة فالوب والاحوال التى يكون فيها هذا التنبه ناشئا عن مؤثرات ظاهرية أثرت فى الوجه كالبرد والرض أو ضغط بعض الاورام لا يستدل منها بالتأكيد على ان تأثير هذه المنبهات المرضية على الياف العصب الوجهى نفسه بدون واسطة او انها أثرت ابتدأ على تفرعات العصب التوأمى الثلاثى ثم احدثت فيما بعد بطريق الانعكاس تنبيه العصب الوجهى وقد يعتبر فى أحوال أخرى تشنج السحنة نتيجة امتداد التنبه العصبى من أعضاء بعيدة كالمعا عند وجود الديدان المعوية ومن الرحم فى الاستيريا ويسمى حينئذ بالتشنج الوجهى الانعكاسى كذلك يعد من الاسباب المنبهة لهذا المرض الانفعالات النفسية والميل للتقليد والظاهر ان هذا المرض فى الرجال أكثر منه فى النساء

﴿الاعراض والسير﴾

يكاد لا يصاب فى معظم أحوال تشنج السحنة الا عضلات احدى جهتى الوجه ويكون فيها مستمرا أو متقطعا ووصفه مع الاختصار المعلم رومبرغ بانه مرض يوجد فيه تقلص عضلى فى السحنة اما متقطع أو مستمر فى احدى جهتى الوجه أو فيهما معا وذلك نادر ففى الحالة الاولى يحصل فى عضلات الجبهة والمؤخرى انجذاب الى أعلى أو الى أسفل وانكماش الحواجب ورمش الاهداب أو انطباق الاجفان واهتزاز جناحى الانف وانجذاب زاوية الفم اما الى أعلى

اواسفل وهذه التقلصات تحصل ثم تقف فجأة ثم تتردد ثانيا وعند استمرارها
تكون ميازيب جهة الوجه المصابة واضحة غائرة وأرنبة الانف وزاوية الفم
وطرف الذقن منجذبة نحو الجهة المريضة وعند لمس العضلات يحس
بتوترها وصلابتها وحركاتها تتعسر بالكلية بحيث لا يتيسر للمريض غلق عينيه
غلقا تاما ولا يستطيع منع حصول النوبة ولا ايقافها - وكل حركة عضلية
ارادية في احد اجزاء الوجه تصطحب بتشنجات عضلية في عضلات أخرى
منه وفي ابتداء هذا المرض تكون غالبا الجهة المريضة من الوجه مؤلمة
وفيما بعد يزول الالم لكن يندر ان يعقبه فقد الاحساس بالكلية

وفي أحوال اخرى قد لا يكون جميع الياف العصب الوجهي مشتركة
في التنبه المرضي بل المصاب بعضها فقط كالفروع الجفنية أو الشدقية
أو الشفوية أو فروع صيوان الاذن كما شاهد ذلك المعلم رومبرغ في حالة فعند
اصابة الفروع الجفنية يحصل في الاجفان انطباق وانفتاح بسرعة أو
انقباض تشنجي يعرف بتشنج الاجفان وعند اصابة فروع الشفة تحصل
حركات تشنجية تشبه الضحك في جهة واحدة أو في الجهتين معا تعرف
بالضحك الكلبي أو الصاردوني وعند اقتصار الاصابة على فروع صيوان
الاذنين تحصل حركات تشنجية فيهما فتنجذبان الى أعلى أو اسفل
مدة خمس دقائق واكثر واحيانا يمتد التشنج الوجهي الى اعصاب محركة
أخرى مثل امتداد التنبه المؤلم فتحصل حركات مصاحبة أخرى في
عضلات المضغ أو في العصب تحت اللسان أو الاضافي لولس أو في الاعصاب
الشوكية

وسير هذا المرض مزمن ومدته غير محدودة والعادة ان يستمر طول الحياة
بعد حصوله فجأة أو تدريجا والذي يمنع من الوقوع في الخطا والتباس الشكل
التيتنوسي من هذا المرض بانجذاب الوجه الذي يشاهد في أحوال الشلل
العضلي النصفي الجانبي هو عدم اضطراب حركة عضلات الجهة غير
المنجذبة وتأثرها الطبيعي من التيار الكهربائي وكذا بالذي نبه عليه
المعلم برونس من أنه في احوال هذا الشلل لا يحس عند لمس عضلات

الجهة السليمة بتوتر دائم فيها او يجذب جلد الوجه فى هذه الجهة يمكن استرجاع شكل الفم ثانيا

﴿المعالجـــة﴾

فى الاحوال الحديثة لتشنج السحنة قد تثمر المعالجة المعرقة والمصرفة واما فى الاحوال المزمنة او المستعصية فلا تجدى المعالجة نفعا ولو بالكهربائية وان نشأ التنبه المرضى للعصب الوجهى بطريق الانعكاس وامكن معرفة فروع العصب التوأمى الثلاثى الناشئ عنها التهيج جاز قطع اتصالها بالدماغ بعملية القطع العصبى فانه حصل منها نجاح عظيم فى حالتين ذكرهما المعلم رومبرغ فيهما قطع الفرع فوق الحجاج وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد بالمورفين له فائدة كذلك فى أحوال التشنج الوجهى الانعكاسى فقط وفى الاحوال المستعصية ينبغى استعمال الكهربائية ولو ان نجاحها لم يثبت الا فى أحوال قليلة والاجود استعمال التيار المستمر واما قطع فروع العصب الوجهى نفسه فلا يجوز لما يترتب عليه من مرض اضر من الاول وهو شلل عضلات الوجه واما قطع العضلات تحت الجلد فقد نجح فى حالة تشنج السحنة كما ذكره المعلم ديافنباخ

﴿المبحث السادس عشر﴾

(فى تشنج العصب الاضافى لولس والاجزا المتوزع فيها)

قد يعترى هذا العصب كالعصب الوجهى حالة تنبه مرضى وكيفية ظهور هذا المرض وأسبابه غير واضحة كتشنج السحنة ويقال ان من اسبابه التواء الرأس الشديد وتأثير البرد وأمراض الفقرات العنقية

وأما تشنجات القفا التى تشاهد خصوصا فى الاطفال عند التسنن المعروفة بتشنجات السلام فالذى يظهر انها ليست ناشئة عن اصابة هذا العصب أو الاعصاب العنقية بل الذى يظهر من سير هذا المرض ومضاعفاته أنه عرض لبعض أمراض الدماغ أو ظاهرة من ظواهر الاكمبسيا

﴿ الاعراض والسير ﴾

يتضح التنبيه المرضى للعصب الاضافى لولس بوجود تشنجات منقطعة أومستمرة مصيبة لجهة واحدة غالبا فى العضلات المتوزع فيها هذا العصب أعنى فى العضلة المربعة المعينية أوفى العضلة القصية الترقوية الحلمية

ففى الحالة الاولى يشاهد انجذاب الراس جملة مرات غالبا الى الخلف انجذابا منحرفا بحيث يقرب القمحدوى من الكتف والاذن من الترقوة وبحسب تقاص العضلة القصية الترقوية الحلمية أوالمنحرفة للقفا يتجه الرأس اماجهة الامام أوالخلف كما أنه يشاهد فى أثناء النوب ارتفاع الكتف الى أعلى بسبب انقباض عضلة العنق المنحرفة وعند امتداد التنبيه العصبى المرضى الى العصب الوجهى يشاهد تقاص الوجه وعند امتداده الى الجزء الصغير من العصب التوأمى الثلاثى ينطبق الفكان على بعضهما فيحصل مايسمى بالكزاز وان اشتركت أعصاب العنق فى الاصابة شوهد التواء الرأس وتحرك الاطراف العليا بحركة انقذافية ومثل هذه النوب المصحوبة غالبا بالم فى العضلات أومحل اندغامها لا تستمر الا بعض ثوان وتتردد فى ابتداء هذا المرض قليلا ثم يكثر ترددها بحيث يمكن ان يصل عدد النوب نحو الثلاثين مرة فى الدقيقة الواحدة حتى تصل المرضى الى حالة اليأس وهذه النوب عادة تزول عند النوم والتشنجات المنقطعة المذكورة التى تصيب العضلات المتوزع فيها العصب الاضافى لولس تظهر عادة بالتدريج ثم تتثاقل شيأ فشيأ وزوالها بالكلية نادر والغالب استمرارها مدة الحياة بدون تهديد

وتشنجات السلام فى الاطفال يعنى بها نوب تشنج منفردة أومترددة فيها ينجذب الرأس نحو الامام بسبب تشنج العضلتين القصيتين الترقويتين الحلميتين المتقطع بحيث يكون تردد انحناء الرأس نحو الامام كحركة اللعب الصينية وهذه الانحناآت تتعاقب امابطء أو بسرعة بحيث تحصل فى الدقيقة أكثر من ثمانين مرة الى مائة وكثيرا ما تشترك بعض عضلات الوجه فى التشنج خصوصا عضلات الاجفان وقد يظهر فى بعض الاطفال المصابين بهذا الداء صرع أوبله فيما بعد وربما يزولان بعد التسنين

وأما الحالة الثانية وهى التشنج المستمر فى العضلات المتوزع فيها العصب الاضافى لولاس فهى التى ينشأ عنها الشكل التشنجى من التواء الراس الى احدى الجهات وفى مثل هذه الحالة يكون التشنج قاصرا على العضلة القصية الترقوية الحلمية بحيث يجذب الراس نحو الامام والجانب وأغلب مشاهدة هذا المرض فى الاطفال دون البالغين بل قد يشاهد فى حديثى الولادة عقب اصابة العصب الاضافى المذكور بالتشنج وقد تسبق نوبة التشنج المستمر بنوب تشنج متقطع وفى ابتداء هذا المرض يعتبر واهيا جدا بحيث يظن أنه حالة روماتزمية فيأمر الطبيب بالدلك بواسطة الابودلدك اوالمروخ الكافورية او يأمر بغير ذلك من الادوية التى لاطائل تحتها حتى يتضح له حقيقة المرض عقب ازديادة واستعصائه عن الشفا بالمعالجة المذكورة فيزداد ميل الراس الى الجانب المنجذب اليه وتبرز العضلة القصية الترقوية الحلمية بروزا واضحا سيما جزؤها القصى على هيئة حبل متوتر وكذا جلد الجهة المقابلة يتوتر وتبرز عضلاته وباستطالة الزمن تتغير سحنة الوجه بسبب جذب عضلات احدى جهتيه بعضلات العنق المتقاصة كما ان استمرار ميل الراس يؤدى لتقوس فى العمود الفقرى وانخساف الصدر فى الجهة المريضة

المعالجة

أما التشنجات المتقطعة التى تصيب الاجزا المتوزع فيها العصب الاضافى لولاس فالوسائط العلاجيه لاتجدى فيها نفعا عظيما غالبا وان تيسر للعلم (مورنس) و(ماير) شفاء أحد العساكر وكان مصابا بتشنج السحنة مع تشنج متقطع فى عضلات العنق عقب استعمال التيار الكهربائى المتقطع فى كل عضلة مصابة من عضلات العنق على حدتها خمس مرات فى خمسة مجالس الا أن تجارب أخرى فى مثل ذلك لم تؤيده فى أحوال أخرى فيستنتج ان مثل هذا النجاح استثنائى وكذا استعمال التيار الكهربائى المستمر (بوضع القطب الموجب على العصب الاضافى والقطب السالب على جزء آخر من أجزاء الجسم) يظهر أنه فى شكل التشنج المتقطع لاينتج عنه شفاء تام بل مجرد انحطاط فى التشنج والآلام وعين ذلك يقال بالنسبة

للمخدرات كالمورفين والاترو بين والكورار بالحقن تحت الجلد فانه لم تؤد لنجاح تام الا فى احوال نادرة وكذا المصرفات الجلدية (بالحراريق والمراهم المنفطة) وأما الكى بالحديد المحمى على جانبى العنق فقد تحصل منه المعلم بوش على شفاء تام فى اربع احوال مستعصية واماشكل التشنج المستمر فقد تحصل منه على نجاح تام بواسطة الكهربائية المستمرة وعند استمرار انقباض العضلة القصية الترقوية الحلمية يسوغ استعمال معالجة جراحيه ميخانيكية بالتعديل او القطع العضلى

(المبحث السابع عشر)
(فى تشنجات الكتاب)
(كيفية الظهور والاسباب)

تشنج الكتاب عبارة عن تنبه مرضى يحصل فى بعض الالياف العصبية المحركة المتوزعة فى عضلات الاصابع نشنجا يكون فقط وقت تحركها وتهيئها للكتابة بحيث يتعذر على المريض الكتابة بالكلية من الانقباضات التشنجية وان لم يحصل هذا التشنج فى اثناء الكتابة بل من حركات اليد فى غيرها كشغل الجزم أو الحلب وحينئذ يسمى بحسب ذلك

ثم ان كيفية ظهور هذا المرض الذى ليس نادر الحصول وكثيرا مايمنع صاحبه من تعاطى صنعته مجهولة بالكلية وقد ذكرت عدة نظريات فى هذا الخصوص اقربها للعقل ماقاله المعلم فرتس انه عبارة عن مرض عصبى منعكس فيه لا ينشأ تنبه الاعصاب المحركة من الاعصاب الجلدية الحساسة كماهو غالب الامراض العصبية المنعكسة بل ينشأ من الاعصاب الحساسة العضلية والذى يؤيد ذلك هو ان نوبة المرض لاتحصل مطلقا من ملامسة قلم الكتابة أو الورق بل من جعل اليد فى وضع مستعد للكتابة بدون ملامسة قلم أو ورق كما أنه يقرب للعقل أيضا ان التنبه العصبى المرضى لايحصل فيه الانعكاس من الاعصاب الحساسة الى المحركة بل من انتقال التنبيه من المحركة المتنبهة بالارادة الى اعصاب محركة أخرى وحينئذ فتشنج الكتابة كتشنجات الرقص السنجى أو تشنج الكلام أى التلجلج فيه فالحركات غير المنتظمة التى بها يحصل اضطراب الكتابة تعتبر حركات مصاحبة

وأما الامور السببية المهيئة فمن المشاهدات هذا المرض فى الرجال اكثر منه فى النساء واختلاف الاستعداد للاصابة هنا مبنى على اختلاف الاعتيادات كما يشاهد ذلك فى الامراض العصبية وأكثر ما يصاب به من سن الثلاثين الى الخمسين أى السن الذى فيه تكثر الاشغال العقلية الشاقة وكذا الكتاب والمعاون والتجار ونحوهم ومما يهيئ للاصابة به ضيق اكمام الملابس اذ بذلك تنضغط به عضلات الساعد مدة الكتابة وكذا الجلوس المتعقب مدة الكتابة واستعمال الاقلام الصلبة وبالخصوص الريش المصنوع من الصلب والامور التى ينبنى عليها حصول ذلك عند تأثير تلك الاسباب غير معلومة

﴿الاعراض والسير﴾

تشنج الكتاب يسبق غالبا بتعب اليد وقت الكتابة واحساس بعدم الاستمساك على القلم عند القبض عليه بحيث يظن المريض أنه مجبور على ضبطه بقوة وعند تقدم المرض واتضاحه يحصل انقباض تشنجى وقت الكتابة فى الاصابع الثلاثة الاول (الابهام والسبابة والوسطى) وهذا الانقباض تارة يكون فى العضلات القابضة للاصابع وتارة فى الباسطة لها وعلى حسب الاولى او الثانية يتميز تشنج الكتاب الى عدة اشكال كانقباض الابهام التشنجى واختلاج السبابة او اليد او شكل آخر متكون منهما معا والقلم حال الكتابة يهتز الى اعلى او الى اسفل بحيث تظهر الكتابة كنبش الفراخ بدلا عن وضوحها وتوجه فكر المريض للخوف من وقوع ذلك مما يزيده وكلما اراد المريض مقاومة ذلك والتمادى على الكتابة كلما امتد التشنج الى باقى عضلات اليد بل والساعد والعضد والغالب ان لا يكون هذا المرض مؤلما واحيانا يصطحب بتوتر الذراع وعند ترك المرضى الكتابة يزول التشنج رأسا وتعود الحركة الى حالتها الطبيعية وقد شاهد المعلم ومبرغ حالة تشبه ذلك فى رجل بيطار كان اذا قبض على المطرقة للدق بها تشنجت عضلات يده حالا فانجبر على ترك صنعته واشتغل نقاشا ثم ان تشنج الكتاب مرض مستعص عن الشفاء ومزمن للغاية ومن النادر شفاؤه واذا حصل تحسين فلا يستطيل غالبا و بعض المرضى تجبر لاجل التعيش على تعلم الكتابة باليد

اليسرى ولكن من سوء حظهم كثيرا ما يصيبهم أصاب الاولى

﴿المعالجة﴾

معالجة تشنج الكتاب قليلة الجدوى غالباسيما بالنسبة للاشخاص الذين لا تسمح حالتهم باقلال الكتابة أو تركها بالكلية ومع ذلك يتيسر للطبيب تلطيف حالة مثل هؤلاء الاشخاص باعتبار الحالة السببية وتقوية البنية ومنع استعمال الريش والاقلام الصلبة وتنظيم الامساك بها وقت الكتابة او باستعمال اجهزة بها يمكن للمريض الكتابة بدون حركات متوافقة منتظمة فى الاصابع (كتثبيت الريشة أو القلم بواسطة حلقة معدنية تختلط بالسبابة أو غرس الريشة فى قطعة من خشب الفلين ونحو ذلك) وكذا بالاستراحة من الكتابة مدة أشهر أو تمرين اليد اليسرى على الكتابة لكن قد لا يحصل بجميع هذه الوسائط الاعلى بعض تحسين أو راحة ومن النادر الحصول على شفا تام والكهربائية هنا هى الواسطة العظمى وبالنسبة لاستعمال التيار المستمر قد اختلفت اراء الاطباء المشتغلين بالمعالجة الكهربائية فالمعلم ارب يفضل تسليط تيار مستمر صاعد بوضع احد القطبين على القسم العنقى من العمود الفقرى والقطب الاخر على اعصاب الذراع المريض وعضلاته ففى كثير من الاحوال شوهدت منفعة هذه الطريقة بمقارنة الكتابة وتحسينها بعد كل جلسة كهربائية وكذا بتناقص الاحساس بتعب اليد لكن من النادر ان يحصل على نجاح تام ويشترط للحصول عليه التمادى على هذه المعالجة عدة أشهر مع استعمال تيار غير قوى جدا

﴿المبحث الثامن عشر﴾

(فى الانقباض العضلى التشنجى الذاتى لعضلات الاطراف)

(كيفية الظهور والاسباب)

التشنجات التيتنوسية التى تصيب أحيانا عضلات الاطراف ولا تكون عرضا لمرض فى الدماغ ولا النخاع الشوكى تسميها أطباء فرانسا (بالتشنجات العضلية الذاتية) فهى حينئذ تماثل الآلام العصبية لكنه يعسر علينا

فى هذا المرض الاستدلال على التغيرات التشريحية للتنبيه المرضى الحاصل فى مسير الاعصاب المحركة كما يعسر علينا وجود التغيرات التشريحية للتنبيه المرضى الحاصل فى الاعصاب الحساسة فى احوال الآلام العصبية والسير الجيد غالبا لهذا المرض يقرب من العقل أن التشنجات الذاتية للاطراف تنتج عن تغيرات واهية وقتية عادة فى الاعصاب أو فى اغمادها حتى ان بعض المؤلفين اعتبر هذه الحالة المرضية كشكل من الروماتزم ونسبها الاحتقان مع أوذيما فى الاغماد العصبية وهذا التوجيه يسوغ القول به فى كثير من الاحوال لاسيما التى تظهر عند الاطفال السليمين من قبل ومع ذلك فالتشنجات الذاتية العضلية فى أثناء نقاهة بعض الاصابات المرضية الحادة أو المزمنة التى تؤثر تأثيرا مصرا قويا فى التبادل العنصرى وتغذية الجسم وتؤدى لاضطرابات وظيفية عظيمة ممتدة كالتيفوس والحميات الاجامية وداء بريكت والدفتيرى يقرب للعقل جدا ان التشنجات الذاتية تتعلق فى مثل هذه الاحوال باضطرابات جوهرية عصبية غير معلومة تظهر فى أثناء سير الامراض السابق ذكرها وينتج عنها اضطرابات فى الوظائف المختلفة ويوجه وجود التشنجات العضلية الذاتية والتى تظهر فى أثناء الحمل والنفاس بكيفية مماثلة للتى سبقت

ثم ان هذا المرض لاسيما الشكل الاول منه ينشأ عن تأثير البرد غالبا ويحصل على الخصوص فى أثناء الطفولية وقول والكس ان هذا المرض نادر بحيث لم يشاهده كثير من الاطباء مستغرب عندنا فاننا شاهدنا عدة عظيمة من احواله واتذكر قول كريكن بورغ من ان هذا المرض ليس من اشكال الامراض الروماتزمية النادرة عند الاطفال

﴿الاعراض والسير﴾

قد يسبق هذا المرض مدة بعض أيام اضطراب بنيى عمومى مستمر كالهبوط والتعب وأما ابتداؤه فيتضح باحساس مؤلم فى الاطراف السفلى والعليا معا وتارة فى اليدين والساعدين وتارة فى القدمين أو الساقين وهذا الاحساس المؤلم يمتد على مسير الاعصاب ويتضح كذلك احساس

بتنمل وخشاوة وتعذر فى حركة مفاصل الاطراف المصابة ثم بعد استمرار تلك الاعراض زمنا متفاوتا تطرأ تشنجات سريعة وقتية فى سمانتى الساقين وتشنجات عضلية أخرى تستحيل بسرعة الى انقباضات تيتنوسية مستمرة وبذلك تصير الاطراف العليا فى حالة انقباض مستمر والسفلى فى حالة انبساط مستمر أيضا فان كان هذا المرض غير معلوم وشوهد مثل هؤلاء الاطفال اول مرة ووجدت الاطراف يابسة غير متحركة والركبة ممددة والعقبان مرتفعين الى أعلا والابهام منثنيا فى راحة اليدين امكن الظن بوجود آفة ثقيلة فى الاعضاء العصبية المركزية وكل من بسط الاطراف العليا وثنى السفلى يكون مؤلما للغاية عند الاطفال والعضلات المنقبضة تكون يابسة واضحة ويظهر حول المفاصل عادة انتفاخ أوذيماوى خفيف فى الجلد وقد تمتد الانقباضات التيتنوسية فى بعض الاحوال الى عضلات البطن والظهر بل والوجه والى العضلات المضغية ثم ان التشنجات العضلية الذاتية لا تصطحب بحمى وان اصطحبت بها فانها لا تصل لدرجة عظيمة عادة وطرو هذه الانقباضات عند بعض المرضى قد يكون مصحوبا باحساس بضجر وتوارد دموى نحو الرأس وسير هذا المرض يكون قصيرا فى غالب الاحوال فانه بعد قليل من الايام تزول هذه التشنجات العضلية وتعود الحركة ثانيا لحالتها الطبيعية وفى أحوال أخرى قد تستطيل مدة هذا المرض كما أنه قد يحصل فى بعض الاحوال نكسات وزعم بعض الاطباء كدلپش وهس ان هذا المرض يتقوم من عدة نوب تشنجية وان هذه النوب قد تستمر بعض دقائق أو ساعات أو أيام وأنه فى أثناء الفترات بين النوب يوجد بعض خشاوة وضعف فى الاطراف تارة وتارة لا يوجد أو أنه يوجد ضعف فى حساسية الجلد والعضلات فى أثناء ذلك لكن الاحوال التى شاهدناها لم تشاهد فيها نوب وفترات من هذا القبيل

﴿ المعالجة ﴾

السير الجيد الغالب لهذا المرض يمنعنا من استعمال معالجة قوية وقد أوصى كروكن بورغ باستعمال تباخير حب العرعر فبهذه الواسطة الخفيفة تزول آلام الاطراف وانقباض عضلاتها بسرعة عظيمة عنما اذا استعملت

الدلكات المنبهة المضادة للتشنج الموصى بها فى هذا المرض وعندما اذا استعملت الوسائط المضادة للتشنج من الباطن كزهر الخارصين والواريانا والافيون وينعكس الامر فيما اذا حصلت التشنجات الذاتية فى أثناء أحد الامراض الثقيلة فان مثل هذه التشنجات لا تزول الا بعد انتظام التبادل العنصرى وحصول تغذية طبيعية والمعالجة حينئذ تستنتج مما ذكر

﴿المبحث التاسع عشر﴾

(فى الشلل الدائرى)

الشلل فى الاعصاب الدماغية الشوكية يعنى به الحالة المرضية التى فيها لا تتنبه الاعصاب المحركة بقوة الارادة وحينئذ لا تنقبض العضلات انقباضا اراديا وأما اضطراب الحركة الارادية الناتجة عن سبب آخر لا سيما عن أمراض المفاصل أو العظام فلا تعتبر من جملة الشلل - وأما الشلل العضلى فسنتكلم عليه فيما بعد

ثم ان الشلل الناشئ عن فساد أو تغير فى المركز العصبى الارادى ويكون متعلقا بعدم توصيل الفعل الارادى من هذا المركز الى الاعصاب الدائرية قد سبق الكلام عليه عند الكلام على أمراض الدماغ كما وقد ذكر هناك أيضا نوع الشلل الناشئ عن اضطرابات دورية أو غذائية فى الدماغ ويكون متعلقا بفقد الفعل الحيوى للدماغ بحيث لا يتم الادراك ولا ارادة الحركة كما انه فى المبحث السابق قد تكلمنا على نوع الشلل الناتج عن تهتك فى الالياف العصبية للنخاع الشوكى التى بواسطتها ينتقل التنبيه من المركز العصبى الارادى الى الاعصاب المحركة - ففى هذا المبحث حينئذ لا نتكلم الا على شكل الشلل الذى ينشأ اما عن انفصال الاعصاب الدائرية من الدماغ أو من النخاع الشوكى أو عن تغير جوهرى فيهما بحيث تفقد قابلية تنبيههما

(كيفية الظهور والاسباب)

أما انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية فلا يندران ينتج عن اصابات جرحية ومن هذا القبيل قطع الاعصاب فى أثناء الاعمال الجراحية أو غيرها من الاصابات الجرحية - وفى أحوال أخرى يتعلق

تفرق الاتصال بامتداد تقرح اوغيره من التغيرات المفسدة الى الاعصاب المجاورة وأعظم مثل لهذا الشكل فساد العصب الوجهى فى أثناء سيره من قناة فلاوب بواسطة تسوس عظم الصخرة وكذلك يحصل تفرق الاتصال المذكور بواسطة الضغط المستمر بورم وابنورزيما أو ورم عظمى على جزء من العصب بحيث يتلاشى وينفصل جزؤه الدائرى من الاعضاء المركزية العصبية — وقد يحدث الضغط القوى الوقتى على عصب تأثيرا قويا يظن منه ان هذا العصب اعتراه انقطاع فى محل الضغط فقد شاهد هاس رجلا حال الاستناد على كرسى فى أثناء نوم مستطيل قد اعتراه شلل فى حركة الذراع تعاصى شفاؤه على جميع الوسائط العلاجية — وفى أحوال نادرة قد يكون تفرق الاتصال العصبى ناتجا عن التهاب أولى جزئى فى العصب

وأما التغيرات الجوهرية التى بها تفقد الاعصاب المحركة قابلية تنبيهها بدون تفرق اتصال فيها فليست معلومة كالتى ينتج عنها فقد قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة فبانقطاع وصول الدم الشريانى الى الاعصاب المحركة مثلا تفقد قابلية تنبيهها بدون وجود تغيرات مدركة فيها ومن الجائز كون الشلل الروماتزمى ينتج عن احتقان وأوذيما فى الغمد العصبى بهما تنضغط الالياف العصبية وكون الشلل الذى يعقب نوب التشنجات الشديدة ينتج ولابد عن الافراط فى قوة التنبيه وبعبارة أخرى ان انطفاء قابلية التنبيه تعقب التنبيه الشديد بوجه بسهولة بالتجارب الفسيولوجية لكن العصب الذى يفقد قابلية تنبيهه عقب شدة التنبيه فيه لا يظهر لحواسنا مخالفا فى التركيب لهيئة العصب السليم الحافظ لقابلية تنبيهه — وعين ذلك يقال بالنسبة للشلل الناتج عن ضغط متوسط أوعن تؤتر غير شديد فان هذا الشلل ينسب بالنسبة لسيره للتناقص فى قابلية التنبيه لا الى تهتك فى العصب وبالجملة فالتغيرات الجوهرية المحدثة لشلل الاعصاب فى احوال التسمم الزحلى وتسمم الدم بواسطة الميازما وكذا فى أحوال الشلل المعبر عنه بالذاتى غير معلومة

وأما الشلل الاستيرى فهو وان لم نذكره عند الكلام على أمراض الدماغ

وأمراض النخاع الشوكى لا يعد ولا بد من أنواع الشلل الدائرى بل يتعلق باضطرابات تشريحية غير مدركة فى المركز العصبى الارادى كما سنبين ذلك عند الكلام على الاستيريا

﴿الاعراض والسير﴾

الانفصال التام لعصب من الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية ينتج عنه ولا بد فقد كل انقباض فى العضلات المتوزع فيها فيؤدى للشلل وعين هذه النتيجة تحصل من التغيرات الجوهرية التى بها تنطفئ قابلية التنبيه فى الاعصاب وأما ان كانت قابلية التنبيه ضعيفة ولم تكن منطفية بالكلية فمن الجائز حصول انقباضات غير قوية وهذه الحالة يعبر عنها بالشلل الغير التام

وكل من الشلل التام وغير التام ذو الينبوع الدائرى يتميز عن الشلل المركزى بامور منها نوع انتشاره فان الشلل الدماغى والنخاع الشوكى يكون غالبا اما على شكل الشلل النصفى الجانبى أعنى الفالج أو الشلل النصفى المستوى أى المصيب لكلتا الجهتين فان كان الشلل قاصرا على قسم من العضلات المتوزع فيه عصب واحد كان هذا المرض ان يكون واصفا الشلل الدائرى فانه يندر ان تكون اصابة الدماغ محدثة لفقد التأثير الارادى على عصب واحد أو ان انقطاع توصيل التأثير فى النخاع الشوكى قاصر على عصب واحد أيضا مع كون تنبيه جميع الاعصاب يحصل على حالته الطبيعية وان حصل هذا الامر النادر فلا يكون الا فى ابتداء التيبس الجزئى ولا يمكن قلب موضوع هذه القاعدة بمعنى انه كثيرا ما يكون الشلل الدائرى ممتدا على جملة اعصاب دائرية ومع ذلك فلا يندر ان يحكم من نوع هذا الامتداد على ينبوع الشلل فان الاورام الدماغية ان أدت لشلل فى كثير من الاعصاب الدماغية المحركة فان هذا الشلل لا يحصل دفعة واحدة بل يمتد شيأ فشيأ على حسب نمو الورم بحيث يصيب عصبا دماغيا بعد الآخر — وعندنا مثل واضح شاهدته فى الاكلينك يتضح منه ان امتداد الشلل مهم جدا فى التمييز بين شلل نخاعى وشلل دائرى ناتج عن تسوس فى الفقرات العنقية وكان الشلل فى هذه الحالة تاما فى الاطراف العليا مع فقد تام فى

حساستها وكان مع ذلك كل من حركة الاطراف السفلى وحساسيتها على حالته
الطبيعية فمن نوع امتداد الشلل هذا نحكم مع التأكيد ان الجذوع العصبية
للضفيرة العضدية هى المتأثرة بمرض الفقرات لا النخاع الشوكى نفسه
والشلل الروماتزمى الذى لا يندران يصيب كثيرا من الاعصاب لا يظهر
بالنسبة لامتداده صفات مخصوصة وانما الامر المعلوم من أنه لا يكتسب
شكل الفالج ولا الشلل العام للجهتين هو الذى يرتكن اليه فى التشخيص
التمييزى - وأما الشلل الذى يحصل فى أحوال التسمم الزحلى فنوع
امتداده واصف بالكلية بحيث لا يمكن من معرفة هذا الامتداد فقط
التمييز بينه وبين شلل مركزى بل كذلك تمييز هذا الشكل من الشلل عن باقى
اشكال الشلل الدائرى بمعنى ان الشلل الزحلى يصيب على الدوام الاطراف
العليا وانه يصيب أحدى العضلات الباسطة للاصابع بعد الاخرى ثم
الباسطة لقبضة اليد ثم الذراع واما القوابض فانها تبقى مصونة عن ذلك
بالكلية ومنها اذا فقدت فى أثناء سير الشلل اضطرابات الدماغ الاخرى
دل هذا مع التقريب على ان ينبوع الشلل دائرى وهذه القاعدة لا يجوز
كذلك طردها ولا عكسها فانه لا يندران يوجد مع الشلل ظواهر دماغية
ثقيلة ومع ذلك فلم يزل الشلل دائريا والاورام الدماغية الكائنة فى قاعدة
الدماغ كثيرا ما تثبت هذا الامر - ومنها أنه اذا كان العصب المصاب
مختلطا دل تضاعف الشلل بالانستازيا (أى فقد الحساسية) فى القسم
المتوزع فيه الياف حساسة دلالة مهمة على ان ينبوع الشلل دائرى - ومما
يدل على ذلك أيضا فقد الحركات الانعكاسية والاضافية فى الجزء المتوزع
فيه العصب المنشل فان تيسر لنا الحكم من وجود الحساسية الطبيعية بالالم
عند وجود شلل ان قابلية التنبيه فى الالياف الحساسة محفوظة وان
ارتباطها بالدماغ لم يعتره انقطاع ومع ذلك لا يمكننا بتهييج الالياف الحساسة
احداث ظواهر انعكاسية فلا شك حينئذ أن توصيل التأثير العصبى فى
الالياف المحركة منقطع وان الشلل ينبوعه دايرى فمثلا ان لم يمكن للمريض
قفل العين بالارادة ولم يحصل ترمش مع ان حساسية الملتحمة طبيعية عند
لمس المقلة لمسا خفيفا كان الشلل دائريا مع التأكيد وعكس هذا الامر

يدل على ان ينبوع الشلل مركزى فان لم يمكن المريض بفعل الارادة تنبيه عصب معلوم ولا احداث انقباض ارادى فى العضلات المتوزع فيها هذا العصب بمعنى أنه مثلا لا يمكنه غلق العين اذا أمر بذلك وحصل بعكس ذلك تنبيه هذا العصب والعضلات المتوزع فيها متى تنبهت الالياف الحساسة بمعنى ان العين تنغلق متى مست الملتحمة دل هذا حينئذ على ان ينبوع الشلل مركزى ففى مثل هذه الاحوال تكون قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة والمحركة محفوظة وكذا السبيل الذى يسرى التنبيه منه من الالياف المركزية الى الالياف الدائرية فيكون محفوظا أيضا وانما المركز الارادى الدماغى أو السبل التى ينتقل بها فعل الارادة على الالياف المحركة هو المنفسد وبالجملة فنهاان الانطفاء السريع لقابلية الانقباض الكهربائية بمعنى فقد الانقباضات العضلية عند تأثير التيار الكهربائى المتقطع على العصب المصاب علامة مهمة دالة على الينبوع الدائرى للشلل فان الجهاز الكهربائى المتقطع المفرط فى استعماله الطبى بدون حد ولا احتراس ينبغى الاقلال من استعماله فى الطب العملى والاكثار من الانتفاع به فى التشخيص فانه فى الاحوال الحديثة من الشلل التى كثيرا ما تشاهد فى الطب العملى عند الاهالى وفيها التأكد من التشخيص بأن كان ينبوع الشلل دائريا أو مركزيا يكون البحث به مهما للغاية بالنسبة للحكم على حقيقة التشخيص غالبا فانه فى أحوال عديدة من الشلل الدائرى تتناقص قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية بعد ظهور الشلل بأيام قليلة تناقصا عظيما ثم تنطفئ بالكلية وينعكس ذلك فيما اذا كان الشلل مركزيا دماغيا فانه فى هذه الحالة الاخيرة تستمر قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية اشهرا عديدة بدون ان تتناقص وتضعف حتى ان المرضى المصابة بالفالج تتأثر تأثرا عظيما مفرحا متى استعمل التيار الكهربائى وأحدث عندهم انقباضات عضلية فى العضلات التى لم تنقبض بتأثيرا لارادة من مدة من طويل ولذا لا تخشى ضياع الزمن ولا الدراهم فى المعالجة بهذه الكيفية لزيادة الامنية فيها مهما كانت قليلة الجودة والاستحالة السريعة للاعصاب الدائرية عقب

انفصالها من الاعضاء المركزية الثابتة بالابحاث التشريحية يوجه بها سرعة الانطفاء لقابلية الانقباضات العضلية الكهربائية فى أحوال الشلل الدائرى ولذا لا يستغرب الانطفاء السريع لهذه القابلية فى أحوال الشلل الروماتزمى والزحلى فانه مهما كانت التغيرات التى تعترى العصب المصاب واهية لابد وانها تكفى فى احداث تغير فى العصب بحيث ان كلا من الارادة وتهيج التيار الكهربائى المتقطع لا يمكنه احداث تنبه فى العصب المتغير وكذا فى أحوال الشلل الدماغى تظهر اخيرا الاستحالة المرضية للاعصاب الدائرية وضمور العضلات غير الفعالة ووقوعها فى الاستحالة الشحمية وبهذا يتضح أنه فى الاحوال العتيقة لا يمكن الانتفاع بفقد قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية فى تشخيص نوع الشلل والتمييز بين الدائرى منه والمركزى وأما فى أحوال الشلل النخاعى الشوكى فان قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية تبقى محفوظة زمنا طويلا تارة وتارة تنطفئ بسرعة ولذا كانت غير مهمة فى التشخيص التمييزى ونظن ان هذا الاختلاف يمكن توجيهه بابحاث (المعلم شريدر) على تركيب النخاع الشوكى فانه يوجد فى هذا العضو الياف عصبية دائرية (أى متجهة من المركز نحو الدائرة) وهى لا تنتهى بدون واسطة فى اعصاب دائرية بل تستحيل ابتداء الى أخلية عقدية عصبية منها تنشأ أعصاب دائرية فينئذ طبقا للقياس الصحيح يظهر قريبا من العقل أنه عند فساد الالياف العصبية الاولى أى الخارجة من النخاع ومتجهة الى العقد يحصل فى قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية ما يحصل فى أحوال الشلل الدماغى وعند فساد الالياف العصبية الثانية (أى الخارجة من العقد ومتجهة الى الدائرة) يحصل فيها ما يحصل فى أحوال الشلل الدائرى - ومن المستغرب أنه فى بعض أحوال الشلل الدائرى يمكن احداث انقباض فى العضلات بواسطة التيار الكهربائى المستمر دون ما يحصل بواسطة التيار الكهربائى المتقطع وأكثر من ذلك غرابة انه فى مثل هذه الاحوال يحدث التيار الضعيف فى العضلات المشلولة انقباضا عضليا مع أنه لضعفه لا يحدث انقباضا فى العضلات السليمة وليس عندنا توجيه شاف لهذه الظاهرة التى شاهدتها واثبتها مرتين فى الاكلينك المتعلق بنا فى أحوال الشلل

الوجهى

الوجهى الروماتزمى والذى يستبان من ذلك طبقا لما قررناه سابقا ان تهييج عصب بواسطة التيار المستمر مخالف بالكلية لتهييجه بواسطة التيار المتقطع

ثم ان انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء المركزية وانطفاء قابلية تنبيهها يؤديان لعين الاضطرابات الدورية والغذائية التى شرحناها فى أحوال الانستازيا الدائرية وهذه الاضطرابات تشتد جدا فى الاحوال التى فيها يكون فقد الاحساس مرتبطا بالشلل وتناقص درجة الحرارة فى الاجزاء المنشلة يتعلق ولابد ببطء الدورة فانه كلما كان وصول الدم الحديث الى الاجزاء الدائرية الفاقدة للحرارة مستمرا كانت برودتها أقل سهولة فى الحصول وكلما كان ورود الدم الشريانى الحار اليها بطيئا تعادلت درجة حرارتها بحرارة الاوساط المحيطة بها ويظهر ان بطء الدورة يتعلق بتضايق فى الشرايين وأقل ما هنالك ان النبض فى الاجزاء المنشلة يكون غالبا أكثر صغرا عن ما فى الاجزاء الغير المنشلة وانقباض جدر الشرايين فى الاجزاء المنشلة لم يمكن توجيهه الى الآن وان اصيبت هذه الاجزاء المنشلة بالالتهاب يشاهد فيها ارتقاء فى الحرارة بدلا عن انخفاضها ــ ومن المشكوك فيه ان كانت الانستازيا الغير التامة متعلقة ببطء الدورة والاضطرابات الغذائية التى تتضح فى الاجزاء المنشلة ولو كان الشلل قاصرا على الاعصاب المحركة فى ابتداء الامر أو ان الحالة الضعفية تنتقل من الاعصاب المحركة الى الاعصاب الحساسة بواسطة العقد العصبية

ثم ان سير الشلل الدائرى يظهر فيه اختلاف عظيم على حسب الاسباب التى أحدثته فان كان العصب منفصلا بواسطة جرح قطعى امكن ان يزول الشلل زوالا تاما عقب التحام تفرق الاتصال غالبا وأما ان كان العصب متهتكا فى امتداد عظيم فلابد وان يبقى الشلل مستمرا طول الحياة والشلل الروماتزمى يكون فى الغالب ذا سير حميد فانه ينتهى فى كثير من الاحوال بالشفا وعين ذلك يقال بالنسبة للشلل الجرحى الغير التام الناتج عن انطفاء قابلية التنبيه عقب نوب التشنج أو عن مؤثرات خفيفة وكذا الشلل الدائرى الذى يعقب شفا التيفوس أحيانا تكون عاقبته حميدة أيضا بخلاف

الشلل الزحلى فانه يستعصى جدا وكثيرا ما يكون غير قابل للشفا

﴿المعالجـــة﴾

الدلالة العلاجية السببية فى الشلل الدائرى لا يمكن اتمامها غالبا بل وان امكن فلا تؤدى لنجاح عظيم الا فى قليل من الاحوال فاستئصال ورم مثلا ادى بضغطه على العصب لشلل يكاد لا ينتج عنه غالبا رجوع الحركة الطبيعية ويستثنى من ذلك الشلل الروماتزمى مالم تكن مدته طويلة جدا فان المعالجة اللائقة للمرض الاصلى كثيرا ما تعقب بالنجاح فى هذه الحالة لكن لا يؤمل الحصول على ذلك بواسطة الجواهر الدوائية المضادة للروماتزم غير الاكيدة التأثير كالملح وخشب الانبيا وخانق الذئب بل من الاستعمال المنتظم للحمامات الفاترة من المياه الطبيعية فاننا نشاهد عددا عظيما من المرضى المصابة بشلل قابل للشفا أو غير قابل له يهرع كل سنة الى حمامات تيلدس وويسبادن وويلدباد وفيفر أو نحو ذلك (وقد شاهدنا للمياه حلوان الساخنة منفعة مشابهة لذلك) فان شهرة الينابيع المذكورة فى الشلل آتية ولا بد من نجاحها العظيم فى الشلل الروماتزمى وما عدا ذلك يوصى فى مثل هذه الاحوال لاجل مساعدة المعالجة بتلك المياه المعدنية باستعمال الدلكات المنبهة على الجلد على مسير العصب المصاب لكن لا ينبغى الايصاء باستعمال غسلات من صبغات عطرية كما هو العادة التى تنبه الانف بدلا عن الجلد بل تستعمل المحمرات والمنفطات

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فاعظم شئ يوصى به هو استعمال التيار الكهربائى المستمر وقد ذكرنا فيما تقدم ان النجاح الذى يتحصل عليه بواسطة التيار الكهربائى المستمر ينتج غالبا عن تأثيره المنوع فانه يمكننا بواسطة المعالجة الجلوانية احداث تنويع عظيم فى الدورة والتبادل العنصرى للاعضاء المؤثر عليها ولو كانت غائرة تحت الجلد وأما التيار المتقطع فليس له هذا التأثير فاننا قد شاهدنا أحوالا عديدة من الشلل الدائرى عولجت زمنا طويلا بالتيار المتقطع بدون نجاح وشفيت بواسطة التيار المستمر وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للشلل الروماتزمى والجرحى الناشئ عن التسمم الزحلى

وأما دلالات المعالجة العرضية فتستدعى أولا تجنب حصول انطفاء تام فى

قابليــة تنبيه العصب المنشل شللا غــير تام وثانيا تجنب حصول الضمور والاستحالة الشحمية فى العضلات المنشلة أو ايقافهما فى ابتداء حصولهما فان كلا من الانطفاء التام لقابلية التنبيه المتناقصة وضمور العضــلات المنشلة واستحالتها متعلقة بالراحة المستمرة فى العضــلات المــذكورة وفقد تنبيهها بل ان هذه الاسباب كثيرا ما تــكون هى السبب الوحيد فى كون الشلل ولو حصل فيه تحسين لا يزول بالــكلية ولاجل تجنب هذا العارض ينبغى استعمال التــكهرب المحدود فهو واسطة ناجحة فى ذلك ومن القواعد المهمة فى اجرائه هو أنه لا ينبغى استطالة الجلسات الكهربائية زيادة عن الحد وأنه لا ينبغى استعمال تيار كهربائى قوى جدا وحيث نعلم ان قابلية تنبيه كل عصب تتناقص أو تزول بالــكلية عقب الراحة المستمرة أو التنبيه الشديد فلا حاجــة لاطالة الــكلام عــلى ذلك كما انه من الواضح البين أنه فى أحــوال الشلل الجرحى والروماتزمى والتسممى لا يبتدأ باستعــمال تأثير التيار الــكهربائى الا بعــد ازالة تفرق الاتصال وابتداء رجوع قابلية التنبيه فى العصب المريض وبعبارة أخرى لا يستعمل التيار المؤثر الا مــتى شوهدت انقباضات عضلية عقب تأثيره ومما ينبغى ان كل طبيب يكون عنده المام بالتكهرب الموضعى بحيث ان استعــمال ذلك لا يترك لغيرهم والمعلم دوسن قد أوضح هذه المسئلة فى رسالة له وصيرها سهلة للغاية بحيث ان التجــارب ولو على الاصحاء طبقا لهذه الرسالة يمكن بها الحصول عــلى درجة من المعرفة الا كيدة كافية فى ذلك

وتأثير الاستركنين فى الشلل الدائرى يقرب من تأثير التيار الــكهربائى المتقطع فى هذا المرض الا انه باستعمال هذا الجوهر لا تحصل المســاعدة فى التئام الاعصاب المنفصلة ولا ازالة التغيرات الجوهرية الناتج عنها الشلل بل يظهر ان هذا الجوهر بتحريضه للفعل المنعكس فى النخاع الشوكى وازدياد تنبيه الحركات الانعكاسية التى به تتأثر الاعصاب المحركة تحصل المساعدة العظيمة فى رجوع قابلية تنبيه هذه الاعصاب الاخيرة مالم تــكن قد انطفت بالــكلية بل متناقصــة فقط وان أريد الحصول عــلى فائدة حقيقيــة من الاستركنين ينبغى استعماله بمقدار عظيم مع الاستمرار على ذلك الى أن يتضح

تأثيره فى الفعل المنعكس للنخاع الشوكى أى الى ان تظهر انقباضات عضلية خفيفة والذى يفضل فى الاستعمال هو اما خلاصة الجوز المقئ الالكولية من ثلث قمحة وهكذا بالتدريج الى ٣ (أعنى من ٣ سنتجرام الى واحد ديجرام) أو أزوتات الاستركنين من $\frac{١}{١٢}$ الى $\frac{١}{٤}$ (أعنى من ٥٠٠٥ر٠ ميليجرام الى ١٥ ٠ر٠ ميليجرام) واما غير ذلك من الجواهر الدوائية كالارنيكا وخلاصة الدماق السمى فليس له أدنى تأثير على سير الشلل الدائرى

﴿المبحث العشرون﴾

(فى الشلل الوجهى المعروف بشلل عضلة الوجه وشلل بيل)

(كيفية الظهور والاسباب)

لا نتعرض هنا للشلل الوجهى الناشئ عن فقد فعل الارادة الذى يكاد يكون على الدوام مصاحبا للفالج ومكونا لعرض من اعراض السكتة الدماغية أو غيرها من أمراض الدماغ بل لشلل الوجه الناتج عن فقد قابلية تنبه العصب الوجهى فنقول

قابلية تنبيه العصب الوجهى وارتباطه بالدماغ يمكن ان يحصل فيهما اضطراب بمؤثرات مرضية مختلفة وهذه تؤثر اما على أصل العصب قبل نفوذه من فوهة القناة السمعية الباطنة واما على امتداده السائر فى العظم الصخرى واما على انتهاآته الدائرية فى الوجه - والغالب أن ينضغط أو ينفسد العصب الوجهى داخل الجمجمة اما بواسطة الاورام الدماغية التى تتكون فى قاعدة هذا التجويف أو بواسطة نضح التهابى وهو نادر أو ببعض تخن فى الام الجافية أو الاورام العظمية

وأما فى باطن قناة فلاوب فالغالب أن يكون تهتك هذا العصب بواسطه تسوس الصخرة - وأما الانتهاآت الدائرية للعصب الوجهى فقد تنقطع بواسطة الاعمال الجراحية اما عمدا أو صدفة مثال ذلك العربجى المشهور الذى أتى متشكرا للمعلم بيل من أجل نجاح استئصال ورم عنده فى الاذن الا أنه تشكى بأنه من منذ فعل العملية لم يكن عنده قدرة على الصفير لخيله وكذا الضغط المستمر الذى يعترى تفرعات العصب

الوجهى

الوجهى بواسطة ضخامة العقد اللينفاوية أوغيرهامن الاورام وكذا الرض والارتجاج اللذان يعتريهما بواسطة الصفع بالكف على الوجه يمكن ان ينتج عنهما شلل وجهى ولا يندر أن يشاهد هذا الشلل كذلك فى المولودين جديدا إمتى حصل فى فروع هذا العصب رض فى اثناء الولادة بواسطة جفت الولادة لكن اكثر الاسباب المنتجة لهذا المرض هو تأثير البرد فجأة على الوجه حالة حرارته فكثير من المرضى من يعتريه الشلل الوجهى بكونه يخرج رأسه من نحو شباك عقب القيام من الفراش فى الصباح وهو فى حالة العرق ونسب المعلم هلا كثرة حصول الشلل الوجهى فى زمننا هذا السكك الحديد وذلك أن الشخص من خوف فوات الوقت يسرع فى السير نحوها فيأتى اليها وجسمه فى حالة الحرارة والعرق ثم يصعد الى احد عرباتها ويتعرض لتيار هوائى بارد قوى يأتى من شباكها المنفتح فينتج عن ذلك الشلل الوجهى

ثم ان الشلل الوجهى مرض كثير الحصول حتى أن الطبيب فرنك شاهد فى ظرف ١٥ سنة ٣٢ حالة منه والتقاويم السنوية بالنسبة لكثرة حصول الشلل الوجهى فى الاطوار المختلفة من الحياة واختلاف النوع والصنايع لم يتحصل منها على فائدة وان ثبت أن هذا المرض يكثر حصوله فى الجهة اليسرى من الوجه دون اليمنى فلابد وان السبب فى ذلك ليس من ازدياد استعداد العصب الوجهى اليسارى بل من كثرة تعرض الجهة اليسرى من الوجه للصفع بالكف أوغيره من المؤثرات المضرة

﴿الاعراض والسير﴾

اعراض الشلل الوجهى عبارة عن فقد حركة عضلات الوجه المتوزعة فيها الالياف العصبية المصابة واسترخائها فشلل العصب الجبهى والرافع للجفن العلوى ينتج عنه تعذر فى حركة تثنى الجبهة وقال رومبرغ ان جبهة الكهل فى هذا المرض تصير ملساء كجبهة الطفل وكذا عجائز النساء فهذا المرض محسن لصورتهن وشلل العصب المحيط الجفنى ينتج عنه تعذر فى حركة غلق الاجفان فان امرت المرضى بفعل هذه الحركة اجرت حركة رفع الجفن السفلى حيث لهم قدرة على ذلك مع توجيه المقلة نحو الاعلى بحيث تتغطى

بذلك القرنية والدموع لاتنطرد نحو القنوات الدمعية بل تسيل على الوجنات والمقلة الغير المنغلقة غلقا تاما تكون معرضة للمؤثرات الظاهرية المضرة بحيث تسهل اصابتها باضطرابات غذائية التهابية وكل من العضلة الرافعة للشفة العليا وجناحي الانف وزاوية الفم والعضلتين الزوجيتين لايكون له قدرة على رفع الشفة العليا وتوسيع طاقتي الانف وزاوية الفم وجذبها الى الاعلى وان حصل هذا الشلل في العضلة الشدقية شوهد انتفاخ صفحة الخد في اثناء الزفير كالشراع المسترخي ولا ينجح في اجراء بعض الحركات الضروري لها استعمال بعض عضلات الوجه كنطق الحروف الشفوية والصفير والنفخ والبصق وأما المضغ حيث كان غير متعلق بالعصب الوجهي فيتم على حالته الطبيعية الا ان البلعة الغذائية كثيرا ماتصل بين الشدق والاسنان من الجهة المريضة بحيث يضطر المريض على تبعيدها بالاصبع وان كان الشلل الوجهي قاصرا على احدى الجهات حصل في اثناء حركة السحنة تشوه واضح في الوجه وذلك اما لكون العضلات لاتنقبض الا في الجهة السليمة مع بقاء عضلات الجهة الاخرى مسترخية او لكون العضلات المنقبضة في الجهة السليمة تجذب الوجه جذبا منحرفا لعدم مقاومتها بانقباض عضلات الجهة المريضة بل وفي اثناء الراحة يوجد الوجه منجذبا الى احدى الجهات وغير منتظم فان زاوية الفم من الجهة المريضة تكون اكثر انخفاضا وطاقتي الانف أكثر ضيقا وتزول جميع انخفاضات الوجه وثنياته وكل من ارنبة الانف والفم يكون منجذبا نحو الجهة السليمة وكان تغير السحنة المذكورة يحصل من غلبة عضلات الوجه للجهة السليمة على العضلات المضادة لها في الجهة المشلولة فكذلك يحصل الجحوظ العيني في الجهة المريضة بغلبة الرافعة الجفنية العليا الغير المشلولة على العضل المشلل المضاد له وهو المحيط الجفني وان كان شلل الوجه مزدوجا زالت هيئة سحنة الوجه بالكلية فالمريض يضحك ويبكي بدون أدنى انكماش في الوجه وما شاهدناه من هذا القبيل الا تصورنا أن هيئة المريض الذي يبقى وجهه بدون حركة في اثناء الضحك مفزعة للغاية كانه يشابه صورة عديمة الحركة وهناك اعراض اخرى غير واضحة التوجيه كالسابق ذكرها وليست من

علامة لهذا المرض على الدوام وهى اضطراب الذوق وانجذاب الغلصمة نحو الجهة السليمة وتحوّل اللسان ومن المشكوك فيه ان كان ضعف الذوق متعلقا بتناقص فى افراز اللعاب وجفاف فى الفم أو كانت الاحبلة العصبية الطبلية التى لها اختلاط بأعصاب حلمات اللسان محدثة لتغير فى حساسية الذوق ام لا واما تحوّل الغلصمة نحو الجهة السليمة فيوجه بالكيفية الآتية وهو ان الالياف العصبية المحركة الآتية مع العصب الصخرى السطحى العظيم وواصلة الى العقدة الوترية الحنكية الخارج منها الفروع العصبية الحنكية النازلة لاتحدث انقباضا وقصرا فى عضلات الغلصمة الا فى الجهة غير المنشلة غير ان هذا التوجيه ليس خاليا من الاعتراض والشك وأما تحوّل اللسان فنقول فيه ما ذكرناه فى السكتة الدماغية التى فيها توجد هذه الظاهرة بكثرة زيادة عما توجد فى أحوال الشلل الدائرى وقد ذكرنا فى المبحث السابق ان الحركات الانعكاسية فى الشلل الوجهى الدائرى التام غير ممكنة الحصول كما وان الانقباض الكهربائى لعضلات الوجه ينطفئ بسرعة والحساسية فى جهة الوجه المنشلة تكون محفوظة فى الاحوال الحديثة الواضحة لهذا المرض لكن عند استمرار الشلل زمنا طويلا يحصل فيها تناقص وضعف غالبا ويظهر ان ذلك ينتج عن حصول اضطرابات غذائية فى الاعصاب المنشلة وهذه الاخيرة عبارة عن ارتخاء وضمور فى جهة الوجه المنشلة وزوال الطبقة الشحمية منها وامتقاع لون جلدها

ثم ان العلامات التى يستبان منها ان كان سبب الشلل الوجهى داخل تجويف الجمجمة أو فى العظم الصخرى أو فى الوجه هى الآتية طبقا لما قاله رومبرج فيستدل على كون الشلل أتيا من اصابة فى قاعدة الدماغ باشتراك أعصاب دماغية أخرى خلاف العصب المنشل ويستبان ذلك من الحول ومن فقد الاحساس ومن الصمم ونحو ذلك كما ان ذلك يستبان من وجود شلل فى الوجه من جهة ومن جهة أخرى من وجود شلل الاطراف واما كون الشلل ناشئا عن اصابة أو تهتك فى العصب الوجهى عند مروره من قناة فلاوب فيستبان ذلك من السيلان الاذنى المستطيل

ومن ثقل السمع أو الصمم التام ومن انحراف الغلصمة ومن جفاف الفم ومن اضطراب الذوق الذى لا يوجد الا فى هذا الشكل من شلل العصب الوجهى بسبب اشتراك العصب الصخرى السطحى العظيم والاحبلة العصبية الطبلية فى الشلل وأما حصول الشلل فى الفريعات العصبية المتوزعة فى الوجه فيستبان بكون المرض حصل من تأثير البرد بكيفية واضحة أومن تأثير جسم ساقط على الوجه أومن وجود ورم ضاغط على العصب الوجهى خصوصا فى قسم الثقب الابرى الحلمى مع بقاء اعصاب الدماغ سليمة فى وظايفها ومع كون سمع الاذن المصابة سليما والذوق طبيعيا والغلصمة مستقيمة

ثم ان سير شلل الوجه يختلف بالكلية على حسب الجلاس ونوع السبب المؤثر فان كان الشلل الوجهى ناشئا عن أورام فى قاعدة الدماغ أوعن تهتك فى العظم الصخرى بواسطة التسوس كان هذا الشلل غير قابل للشفاء وكذا فى الاحوال التى يكون فيها الورم فى الوجه قد احدث بضغطه المستمر على الفريعات العصبية الدائرية اضطرابا أوتفرق اتصال العصب وأما شلل الوجه الناتج عن اصابة جرحية خفيفة والناتج عن تأثير البرد فعاقبته جيدة وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للشلل الوجهى الخلقى الناتج عن ضغط جفت الولادة بل والقاعدة العامة ان هذا المرض يزول فى أثناء اسابيع اوأشهر ان كان جرحيا أوروماتيزميا لكن لابد لهذه القاعدة من استثناء

﴿المعالجة﴾

طبقا لما ذكرناه بالنسبة للحكم على عاقبة الشلل الوجهى لا يمكن التكلم الا على معالجة الشكل الجرحى والروماتيزمى من هذا المرض وهذان الشكلان وان كانا يزولان من نفسهما بدون معالجة الا أنه يوصى فى الاحوال الحديثة من الشلل الجرحى باستعمال معالجة موضعية مضادة للالتهاب فيؤمر بارسال بعض العلق والوضعيات الباردة والدلك بالمرهم السنجابى الزيبقى فيما اذا كان شلل الوجه الجانبى قد نشأ عند البالغين عن صدمة أو ضربة على الوجه واما شكل هذا الشلل الخلقى عند المولودين جديدا فينبغى

تركه بدون معالجة وان كان هذا المرض قد نشأ عن تأثير البرد وجب تغطية جهة الوجه المريضة فى الاحوال الحديثة برفايد مبتلة بالماء البارد بعد عصرها ثم تغلف بالشمع أو بالخرق المشمعة ويكرر ذلك بعد جملة ساعات او يغلف الوجه بالقطن المجهز مع استعمال الحمامات البخارية (او بكيس ممتلئ بزهر البابونج بعد تسخينه جافا وحشوه به المعروف بالكيس العطرى) وفيما بعد تستعمل وسائط مهيجة قوية اخرى كالدلك بروح الخردل اووضع الضمادات الخردلية أو الدلك بزيت حب الملوك او تستعمل الحراريق وعندنا مشاهدات عديدة فيها حصل شفاء هذا المرض الروماتيزمى باستعمال التيار الكهربائى المستمر بل ونحن قد شاهدنا حالتين حصل فيهما النجاح التام بواسطة المعالجة الجلوانية وفى كلتا الحالتين كان لم يحصل ادنى نجاح بواسطة استعمال التيار المتقطع وان عادت قوة الانقباض العضلية الكهربائية عقب استعمال التكهرب الجلوانى المحدود فلا مانع من احداث سرعة فى الشفاء بواسطة الاستعمال المنتظم للتيار المتقطع

(المبحث الواحد والعشرون)

(فى شلل العضلة المسننة)

(كيفية الظهور والاسباب)

شلل العضلة العظيمة المسننة يكون فى الاحوال النادرة ظاهرة من جملة ظواهر الشلل العضلى الممتد الى كثير من العضلات كالتين شاهدتهما بنفسى والغالب أن يكون الشلل قاصرا على العضلة المسننة العظيمة ومن هذه المشاهدة مع ماهو معلوم من ان العصب الطويل الصدرى يتفرع زيادة عن العضلة المسننة العظيمة المقدمة فى عضلات صغيرة أخرى يستدل على ان اغلب انواع شلل العضلة العظيمة المسننة ليس بتبوعه مركز بادماغيا بل موضعيا وقد ذكرنا ان من العلامات المهمة للشلل الدائرى كون الشلل فيه لا يمتد بعيدا عن العضلات انتشر فيها العصب المشلل وان العضلات المجاورة الواصل لها فروع عصبية من عصب آخر تبقى مصانة عن الشلل وينضم لذلك الامر المعلوم ان الشلل الدائرى وغيره من الامراض العصبية الدائرية يحصل بكثرة فى الاعصاب التى تمر من مسامات أوقنوات ضيقة كمرور العصب

الصدرى الطويل من العضلة الاخمعية المتوسطة وهذا السبب المهم جدا بالنسبة لكيفية حصول شلل العضلة العظيمة المسننة وبالنسبة للتحقق من كون هذا الشلل فى معظم الاحوال دايريا عضليا لم يعتن به الى الآن حق الاعتناء

ثم ان الاسباب المحدثة لشلل العضلة العظيمة المسننة مجهولة غالبا ومن الواضح ان العصب الصدرى الطويل كثيرا ما تعتريه اصابات مضرة عند مروره من الاخمعية المتوسطة وهذه الاصابات تختفى علينا غالبا وقد يكون هذا المرض فى بعض الاحيان ناشئا عن مجهودات قوية تفعل بالاطراف العليا أو عن تأثير البرد وقد شاهد نيشليزحالة كان فيها شلل العظيمة المسننة مسبوقا بسقوط على الكتف وتكون بعد هذا السقوط فى العنق ورم حتى ان الطبيب المندوب كان قد اراد فتحه بالسلاح وفى حالة مهمة شاهدتها كانت عند رجل نقاش وكان هذا الرجل وقت شغله رفع لوحا ثقيلا على كتفه الايمن ولما حصل عنده شلل العضلة المسننة أخذ فى رفع اللوح على كتفه الايسر فحصل له كذلك شلل فى العضلة المسننة العظيمة اليسرى

(الاعراض والسير)

شلل العضلة المسننة سهل المعرفة فان فقد وظيفة هذه العضلة وغالبية العضلات المضادة فى الفعل لها ينتج عنهما تغيرات واضطرابات مخصوصة فى الحركة واضحة فان فعل العضلة المسننة عبارة عن جذب عظم اللوح الى جدر الصدر وحفظه فى هذا الوضع وجذب زاويته السفلى الى اسفل والوحشية فهذه العضلة يتضح فعلها خصوصا عند رفع الذراع رفعا مستعرضا فانه يجذب لزاوية الكتف نحو الاسفل بوجه الحفرة العنابية نحو الاعلى فان كانت العضلة المسننة مشلولة فحينئذ لا تكون الحافة الانسية للكتف خصوصا زاويته السفلى منجذبتين الى جدر الصدر بل بارزتين الى الخارج على هيئة جناح رافعتين لثنية مثلثة من الجلد بحيث يمكن دفع الاصابع بين عظم اللوح وجدر الصدر دفعا غايرا والعضلتان المضادتان لهذه العضلة وهى المثلثة الظهرية والرافعة للكتف تجذبان الزاوية العليا من هذا العظم الى أعلا وثقل الذراع والصدرية الصغيرة يجذبان زاويته الوحشية الى اسفل

والامام

والامام فالمريض حينئذ لا يكون له قدرة على رفع ذراعه فى الخط المستعرض ولذا تكون حركته مضطربة بحيث ان رأى الطبيب مرة مريضا مصابا بشلل فى العضلة المسننة وقت خلعه للملابس أولبسه لها شخص هذا المرض عند رؤية حالة جديدة وان ضغط على زاويته نحو الصدر والى الوحشية أمكن المريض حينئذ رفع الذراع أعلا من الكتف بدون صعوبة

ثم ان شلل العضلة المسننة مرض مستعص عن المعالجة فانى لم اشاهد شفاء تاما فى حالة من الاحوال التى شاهدتها انما كثيرا ما شاهدت التحسين فيه حتى امكن المرضى السعى على أشغالهم بسهولة

(المعالجة)

المعالجة التى أوصى بها بكثرة فى شكل الاحوال الحديثة من شلل العضلة المسننة هى الاستفراغات الدموية الموضعية والمحولات والمصرفات على الجلد حذاء نفوذ العصب الصدرى الطويل فى العضلة الاخمعية المتوسطة لكن ان استطالت مدة المرض زمنا طويلا فلا يؤمل النجاح طبقا للتجارب المعلومة من استعمال التيار الكهربائى المنقطع ويمكن أن يوصى بكثرة استعمال التيار المستمر وأتأسف من كونى لم يمكننى استعمال هذه الواسطة الاخيرة الا فى حالة واحدة وفيها كان استعماله زمنا قليلا جدا لكن النجاح المتحصل عليه فى احوال الشلل الوجهى الدايرى الذى نعتبره مشابها بالكلية لشلل العضلة المسننة بواسطة التيار المستمر يحرضنا على الاستعمال هذه الواسطة الاخيرة فى هذا المرض

(المبحث الثانى والعشرون)

(فى الشلل التدريجى لاعصاب الدماغ)

(المعروف بالشلل التدريجى للسان واللهاة والشفتين)

(وبالشلل اللسانى الحنجرى)

قد تكرر فى العصر المستجد من الاطباء الفرنساويين ذكر عدة من المشاهدات فيها ابتداء الشلل بالشفتين ومنهما بالتدريج امتد الى اللسان ثم اللهاة ثم الحنجرة واحيانا الى عضلات المزمار أو الى عضلات المقلة وهو نادر ولم تشاهد فى مثل هذه الاحوال اضطرابات فى الاعصاب الحساسية ولا فى اعصاب الحواس الشريفة

ثم ان كيفية حصول هذا المرض الغريب مجهولة علينا والتغير التشريحى الوحيد الثابت الذى يوجد فى الجثة هو الضمور فى الاعصاب المنشلة مع مكابدتها للاستحالة الآيحمية لاسيما فى العصب تحت اللسان وقد شوهد فى بعض الاحوال ايضا تيبس منتشر فى النخاع المستطيل وطبقا للنظريات فكسموث المعلم غير المثبوتة الى الآن يكون هذا المرض الذى سماه بالشلل البصرى التدريجى عبارة عن اصابة مرضية مركزية فى النخاع المستطيل مجلسه الاجسام الزيتونية والجوهر السنجابى المكوّن لقاعدة الحفرة المربعة المعينية المتكونة من تباعد الاحبلة الجانبية والخلفية من النخاع المستطيل وكائنة خلف هذا العضو وأما ضمور الاعصاب فى هذا المرض فثانوى تبعا لرأيه اعنى ناتجا عن التغير المرضى الذى اعترى الخلايا العصبية الكائنة فى المحلات السابق ذكرها وفى بعض الاحوال قد يسبق شلل الاعصاب الدماغية اعراض الضمور العضلى التدريجى بحيث ان أغلب المؤلفين الفرنساويين يعتبرون هذين المرضين نوعين قريبين من بعضهما ولو أنه فى احوال الشلل التدريجى لاعصاب الدماغ لا يشاهد تناقص فى حجم العضلات المنشلة

ثم انه فى ابتداء هذا المرض تكون مكابدات المريض واهية فالمرضى لا يكون لهم قدرة على تدبب الفم ولذا لا يمكنهم النفخ ولا الصفير ولا البصاق واللعاب المتراكم فى الفم يسيل منه بدون ارادة وهيئة الوجه تصير فى حالة بله مستغرب وذلك لان عضلات الشفتين لا تشترك فى حركات السحنة ونطق الحروف الشفوية يتعسر ثم يتعذر مع الزمن وان امتد هذا المرض الى اللسان فلا يتعسر تقطع النطق فقط بل كذلك يتعسر كل من المضغ والازدراد وفيما بعد متى ازداد شلل اللسان وفقدت حركته بالكلية فى الفم لا يمكن اجراء الازدراد بالكلية وشلل اللهاة يتضح منه التكلم الانفى وكذلك تتقهقر البلعة الغذائية والسائل الواصل الى البلعوم من الانف أو الفم مادامت عضلات البلعوم حافظة لقوة انقباضها وأما ان انشلت هذه الاخيرة ايضا فالمرضى ترجع ما يعطى لهم من المطعومات أو المشروبات بواسطة حركات تهيقية عنيفة وحينئذ يلتجأ ولابد لتغذيتهم بالمجس المروى وكل من حركة الاختناق

الحاصلة عند الازدراد ورجوع المشروبات بواسطة حركات شهيقية سعالية عنيفة يوقظ الظن بوجود استطراق بين الحنجرة والبلعوم أو بينها وبين المرى ثم ان سير هذا المرض بطئ للغاية والموت يطرأ غالبا اما عقب اضطراب التغذية بسبب صعوبة تعاطى المطعومات أو بظهور التهابات شعبية أو رئوية عندهم عقب تردد دخول السوائل فى المسالك الهوائية ويكاد لا يوجد عندنا مشاهدات اكيدة تثبت حصول التحسين الواضح أو الشفائى فى هذا المرض وانما ذكر بنيدكت انه تحصل على تحسين عظيم بل وشفاء بواسطة تأثير التيار الكهربائى المستمر فى العظيم السمبانوى والنتؤ الحلمى وانه فى الاحوال المتقدمة امكنه ازالة العرض الخطر وهو شلل الازدراد بهذه الواسطة ولأجل انالة هذه الغاية كان الطبيب المذكور يضع القطب النحاس على العمود الفقرى ويمس بالقطب الخارصينى تفاحة آدم والاجزاء المجاورة لها بحيث كان يحدث بواسطة التيار الجلوانى فى كل جلسة قدر ٢٠ او ٣٠ حركة ازدرادية وهل هذه حقيقة النتيجة الشفائية العجيبة صحيحة حقيقية او هناك اختلاط بين عسر الازدراد الاستيرى والمرض الذى نحن بصدده فانه يتيسر بمعالجة عقلية صرف شفاء حرمة استيرية فى زمن قليل وكانت هذه الحرمة تتغذى من منذ زمن طويل بواسطة المجس المروى وكانت قد حملت مدة طويلة انبوبة معدنية فى القصبة الهوائية للتنفس

﴿المبحث الثالث والعشرون﴾

(فى الشلل الذاتى للاطفال الذى سماه المعلم هينا بشلل الاطفال)

لا يتيسر لنا الحكم مع التأكيد بان كان الشلل الذاتى للاطفال يعد من امراض الدماغ أو النخاع الشوكى أو الاعصاب الدايرية أو بان كان ينبوعه تارة دماغيا أو شوكيا وتارة دايريا كما قاله فوكث وذلك لعدم وجود صفات تشريحية مؤيدة لذلك وحينئذ نرى ان تسمية هذا الشلل بالذاتى صائبة للغاية ولو كان التهاب النخاع الشوكى أو الانسكاب الدموى فيه هو السبب الاساسى لهذا المرض وظهوره فان التغير المرضى فى الزمن الذى يسمى فيه الشلل بالذاتى عادة يكون قد انتهى والذى يستحق الاعتبار حينئذ والمعالجة

ليس المرض الاصلى بل الشلل الناتج عنه فان الشلل الذاتى يكون ولابد فى الغالب أثر التغير مرض سابق حاد وجميع المؤلفين اتفقوا على ان هذا الشلل يحصل فى ظرف قليل من الساعات ويكون تاما وانه لا يمتد فيما بعد من الطرف المصاب الى محل آخر

واسباب هذا المرض وكيفية ظهوره مجهولة علينا وغير واضحة وهذا المرض يكاد لا يحصل الا فيما بين الطفولية مدة التسنين أو بعده بقليل اعنى من الشهر السابع الى انتهاء السنة الثالثة ويصيب الاناث والذكور من الاطفال على حد سواء ولا يقتصر فى الاصابة على الاطفال الخنازيريين المنهوكى البنية بل يصيب كذلك الاصحاء منهم ويعد من الاسباب المتممة لهذا المرض الامراض الطفحية الحادة والبرد لاسيما جلوس الاطفال على نحو الرخام وهذا السبب الاخير لا يمكن القول به فان عددا عظيما من الاطفال يجلسون فى كل يوم على الحجارة الباردة ومع ذلك فالشلل الذاتى ليس من الامراض الكثيرة الحصول عندهم

﴿الاعراض والسير﴾

هذا المرض يبتدئ فى كثير من الاحوال باضطراب حمى عام واعراض الاحتقان الدماغى أو الالتهاب المعائى وكانه فى كلا هذين المرضين توجد الحمى والاضطرابات العقلية ونوب التشنجات وفقد الادراك وصرير الاسنان ونحو ذلك من الاعراض ولا يمكن الحكم الا من السير والتمييز بين هذين المرضين أعنى بان كان هناك احتقان دماغى أو التهاب معائى فكذلك لا يمكن الحكم من الصورة المرضية المتصف بها ابتداء الشلل الذاتى الا بالتمييز بان هناك احتقانا دماغيا شديدا وانه بعد زوال التشنجات ورجوع الادراك بقى شلل تام فى أحد الاطراف أو فى جملة منها فتارة يكون المشل أحد القدمين او الذراعين وتارة الطرفان السفلان لكنه لا يحصل هذا الشلل فى طرفى جهة من الجهات مع اطلاقا اعنى الفالج وهذا أمر يثبت ان هذا المرض لا يكون متعلقا الا بسكتة دماغية ولا بالتهاب دماغى وكذا لا تشترك المثانة ولا المستقيم فى الشلل مطلقا وكان هناك احوالا مسبوقة فى ابتدائها باضطرابات دماغية ثقيلة واصفة فكذلك هناك احوال

فيها

فيها تصاب الاطفال بالشلل بدون اضطراب عام حمى وبدون نوب تشنجية اوكوما سابقة بل فيها تصاب الاطفال بغتة بشلل في احد الذراعين أو الساقين معا او الجزء المصاب يصير مسترخي فاقد الحركات الارادية

واما السير التابعي لهذا المرض فيختلف ففي بعض الاحوال يزول الشلل بعد قليل من الايام وينتهي المرض بالشفاء التام والمعلم هينا الذي شاهد عدة احوال من هذا المرض يشك في ان احوال الشلل المعبر عنها بشلل الاطفال الوقتي ليس لها سبب آخر خلاف احوال الشلل المستمرة عند الاطفال المعبر عنها بالشلل الذاتي

وقد شاهد المعلم روشين ان الانقباض العضلي الكهربائي في الاحوال الحديثة من الشلل الوقتي يكون محفوظا بخلاف ما في الاحوال الحديثة من شكل هذا الشلل المستمر فان الانقباض العضلي الكهربائي لا يكون محفوظا الا في بعض عضلات الطرف المشلول دون الأخرى ويمكن ان يعبر عن هذه المشاهدة بالكيفية الآتية وهو ان الحكم على العاقبة في الشلل الذاتي يكون جيدا ويرجى شفاؤه متى كانت العضلات المشلولة حافظة لقابلية انقباضها وغير جيد وغير قابل للشفاء ويعقب الشلل بالضمور والاستحالة المرضية في العضلات متى كانت قابلية انقباضها منطفئة

ومتى تقدم هذا المرض وانتقل للدور الثاني منه فقدت الاطراف الرخوة المرنة القابلة للحركة في كل وضع امتلائها بسمنها تدريجا فتقع في الضمور الذي يمتد الى الجلد والطبقة الشحمية والعضلات بل والعظام فيكل من حجم الطرف بل وطوله بصير ضئلا جدا في الجهة المريضة عن الجهة السليمة ويتضح ذلك اتضاحا عظيما بعد مضي سنة ومع قلة التغذية وعدم كفايتها في الطرف المشلل يتضح صغر النبض وانحطاط درجة الحرارة فيه فيصير الطرف ذاهية مزرقة وكثيرا ما تحصل فيه الغنغرينة الوضعية والتيبسات والقروح وينضم للضمور في الاطراف المشلة عند تقدم هذا المرض تشوه واعتقالات عضلية فالعضلة الداليسة الضامرة مثلا لا يمكنها حفظ رأس العضد في حفرة الكتف وتثبيته فيها فيسقط الذراع الى اسفل وتتمدد المحفظة المفصلية بثقله وحينئذ يوجد اسفل النتؤ الآخر في حفرة واسفل منها او الى الوحشية يوجد

راس العضد وهذا الجزء يمكن رده الى محله بسهولة لكنه بتركه يسقط بثقله ثانيا ويترك حفرة المفصل وان كانت الاطراف السفلى مصابة حصل فى الزمن الذى فيه تجتهد الاطفال فى الحركة بالزحف قصر فى العضلات التى تكون حافظة لقوة انقباضها ولا تجد مقاومة من العضلات المضادة لها فى الفعل وبهذه الكيفية تنشأ أنواع تشوه القدم المعبر عنه برجل الفرس وكذا الرجل المنثنية على الجهة الوحشية وتحصل انقباضات مستمرة فى مفصل الفخذ مع الحوض والتشوه المصحوب بانثناء الركبة

وفى الاحوال المتقدمة من هذا المرض تكون قابلية الانقباض الكهربائية فى العضلات المشلة منطفية بالكلية ومن ذلك لا يمكن الحكم على ينبوع الشلل فان هذا يوجد فى جميع اشكاله بل وفى الشكل الدماغى منه مادام الشالل مستمرا زمنا طويلا بحيث يعترى كلا من الاعصاب والعضلات استحالة مرضية

والحالة العامة عند الاشخاص المصابة بالشلل الذاتى لا تتغير فكثير من مثل هؤلاء المرضى من يعمر واغلبهم ان كان من الطوائف الدنيئة يوجد فى الطرق لطلب الصدقة مظهرين لتشوهاتهم لجلب الشفقة عليهم

﴿المعالجة﴾

لا يؤمل النجاح من الاستفراغات الدموية الموضعية على جانبى العمود الفقرى ووضع المصرفات على العمود الفقرى الا فى الاحوال الحديثة من الشلل الذاتى واما فى الاحوال المتقدمة العتيقة فلا يتصور بهذه الطريقة احداث تحلل فى متحصلات التغير المرضى الذى تم سيره فى النخاع الشوكى من منذ زمن طويل كما لا يتعشم فى شفاء جزء الدماغ الذى تكونت فيه ندبة سكتية من منذ زمن طويل وشفاء الفالج بذلك وفى الاحوال التى يكون فيها الانقباض العضلى الكهربائى منطفئا والاعصاب والعضلات مكابدة لاستحالة مرضية يكون شفاء النخاع الشوكى ورجوعه الى حالة سلامة بالفرض لو امكن الحصول على ذلك لا طائل تحته ولا فائدة فيه

وكما انه لا يمكننا فى معالجة الشلل الذاتى اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية ومعالجة المرض نفسه فالمعالجة العرضية لهذا المرض لها نجاح عظيم أحيانا

فادام بعض العضلات حافظا القوة انقباضه وجب ولابد الاستمرار على استعمال التيار الكهربائي المتقطع القوى اذ بهذه الواسطة يمكن مع التأكيد حفظ قابلية التنبيه الموجودة وازديادها شيأ فشيأ ومنع تقدمات الضمور والاستحالة المرضية فى العضلات كما وانه فى الاحوال الميؤس منها امكن الحصول على نجاح عظيم بواسطة قطع الاوتار من تحت الجلد وغيره من الوسائط الميخانيكية المحسنة لوضع الاطراف كما دلت على ذلك تجارب هينا

﴿تذييل لامراض النخاع الشوكى والاعصاب﴾

﴿المبحث الاول﴾

﴿فى الضمور العضلى التدريجى﴾

(المعروف بالالتهاب المزمن للاحبلة المتقدمة من النخاع الشوكى)

﴿للمعلم شركو﴾

﴿تنبيه﴾

هذا المرض قد شرحه نيماير فى الطبعة الثامنة من كتابه فى فصل امراض اعضاء الحركة ولكن حيث دلت التجارب والابحاث المستجدة على انه مرض عصبى فقد ألحقناه بشرح الامراض العصبية بل ان هذا المرض شرحه اخيرا المعلم سيتس فى الطبعة الاخيرة من كتاب نيماير فى امراض النخاع الشوكى

﴿كيفية الظهور والاسباب والصفات التشريحية﴾

قد شاهد هذا المرض الذى نحن بصدده كل من الشهير كروفيلية واران وبعض الاطباء الانكليزيين والالمانيين ولكن الاخيرون هم الذين اعتبروه مرضا خاصا بنفسه مختلفا عن باقى انواع الشلل العضلى ومع ذلك فلم تتفق آراؤهم بالنسبة لمجلس الضمور العضلى التدريجى فبعضهم ذهب الى ان هذا الضمور نتيجة مرض عصبى أولى مجلسه اما فى الجذوع العصبية المقدمة للنخاع الشوكى (كما قاله كروفيليه) او فى العظيم السمباتوى (كما قاله شنيقوكت) او وهو الغالب فى النخاع الشوكى نفسه وبعض المؤلفين يزعم مع (اران وفريديريج) ان منشأ هذا المرض فى العضلات المريضة نفسها ويعتبر التغيرات الموجودة فى المجموع العصبى نتيجة امتدادها من

الاعصاب الكائنة بين الالياف العضلية ممتدة من الدايرة الى المركز والذى
عضد هذه النظريات الاخيرة هو على الخصوص المعلم (فيردريش) فى
رسالته على الضمور العضلى التدريجى وعلى حسب رأيه يعتبر منشأ هذا
المرض الالتهاب المزمن فى اغماد الالياف العضلية نفسها الذى يؤدى
الضخامة ونمو خلائى فى المنسوج الخلوى بين الالياف العضلية وبهذا النمو
للمنسوج الخلوى تتلاشى الالياف العضلية اما عقب ضمور بسيط فيها
او مكابدتها الاستحالة الشمعية أو الشحمية لكن فى العصر المستجد من منذ
ما امكننا معرفة التغيرات ولو الدقيقة فى النخاع الشوكى بواسطة طرق البحث
الجيدة عن هذا العضو قد وجد كثير من المؤلفين ان التغير المرضى الخاص
بهذا المرض مجلسه القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى وهذا التغير
عبارة عن ضمور فى الخلايا العصبية لهذه الاجزاء وازدياد المادة البجمنتية
فيها اى الملونة السوداء أو تلاشيها بالكلية وحيث يظهر ان عامود الخلايا
العصبية المقدمة من النخاع الشوكى هو مجلس تغذية العضلات سيما
عضلات الجذع والاطراف فلابد وان التغير المرضى لهذه الاجزاء يعقبه ضمور
عضلى يكون بالنسبة لمجلسه ودرجة امتداده مطابقا ومماثلا لتغير القرون
المقدمة وهذه الاصابة المرضية للقرون المقدمة السنجابية قد تكون اولية
وقائمة بنفسها وحينئذ تتضح الصورة المرضية النقية للمرض الذى نحن
بصدده لكن من المعقول ان امراض النخاع الشوكى الاخرى كتيبس
الاحبلة الخلفية منه او الجانبية أو التيبس الجزئى المتعدد من النخاع
أو الالتهاب المركزى لهذا العضو بل والالتهاب السحائى النخاعى الشوكى
قد يؤدى لاصابة القرون المقدمة وفسادها والضمور العضلى التدريجى تبعا
لذلك والجذوع العصبية المقدمة التى تخرج منها الالياف العصبية العضلية
تشترك فى الضمور مع المركز النخاعى الشوكى الغذائى اما كثيرا أو قليلا
بل والاعصاب الدايرية التى فقدت مركزها الغذائى قد يعتريها أثر الضمور
الواضح والعضلات المريضة يحصل فيها ضمور كثير الوضوح أو قليله وتكون
حمراء باهتة أو مصفرة وفى الاحوال غير المتقدمة من هذا المرض يوجد فى
العضلة الواحدة بالمكروسكوب حزمة عضلية طبيعية وأخرى معتريها

الاستحالة الشحمية وألياف عضلية ضامرة ضمورا بسيطا وقد وجد فى بعض الاحوال بدلا عن الاستحالة الشحمية فى الالياف العضلية الاصلية استحالة شحمية فى المنسوج الخلوى بين الالياف العضلية ولذا ميز هذا المرض على حسب رأى (ورچوف) شكل جوهرى وشكل خلالى ومع ذلك فقد يوجد كل واحد من هذين الشكلين مع الآخر ومن القريب الشكل الخلالى الاخير شكل الضمور العضلى التدريجى الذى شوهد فى العصر المستجد وسمى بالضمور العضلى الكاذب وبالتشحم العضلى وهذا الشكل الاخير يشاهد على الخصوص فى سن الطفولية والشبوبية سيما عند الذكور وهو ينشأ عن نمو فى المنسوج الخلوى بين الالياف العضلية مع تراكم أخلية شحمية عديدة فيه وأما الالياف العضلية نفسها فيحصل فيها ضمور كثير الوضوح أو قليله ومع ذلك فقد يوجد تبعا للتجارب (كونهيم) وغيره بين الالياف العضلية الضامرة ألياف عضلية فى حالة ضخامة عظيمة ومثل هذه العضلات تكتسب ولو مع ضمور جوهرها الخاص حجما عظيما جدا بسبب نمو المنسوج الشحمى فيها وحينئذ تظهر فى حالة ضخامة عظيمة ولو كانت واقعة فى الضمور وهذا الضمور الكاذب يحصل على الخصوص فى عضلات الاطراف السفلى لا سيما فى سمانة الساقين ثم فى عضلات الاليتين والباسطة للعامود الفقرى والصدر وبعد اتضاح هذا المرض تكتسب صورته المرضية هيئة مخصوصة وذلك ان أطراف مثل هؤلاء الاطفال المكتسبة لحجم عظيم جدا تخالف بالكلية ضعفها الشللى وضمور باقى العضلات وقد اختلفت الآراء أيضا بالنسبة لطبيعة الضمور العضلى الكاذب كما اختلفت بالنسبة لضمور العضلى التدريجى وقد ذهب (فريدريش) الى ان ينبوع هذين المرضين فى العضلات بل ذكر انهما مماثلان لبعضهما وفى الحقيقة قد يشاهد كل من هذين التغيرين مع الآخر فى أقسام عضلية مختلفة وأما غيره من المؤلفين فينسب التشحم العضلى اى الضمور الكاذب لفقد تأثير الاعصاب المغذية وفى الحقيقة قد شوهد فى بعض الاحوال تغيرات فى النخاع الشوكى (كما قاله شركو وغيره) لكنها لم توجد فى احوال اخرى بحيث ان بعض المؤلفين المستجدين يذهبون للقول بأن كلا من الضمور العضلى الكاذب والضمور العضلى التدريجى يظهر على

شكل مزدوج غير انه قد يكون مرضا منشأه عصبي تارة وتارة عضلي ثم ان الضمور العضلي التدريجي لا يشاهد عكالضمور العضلي الكاذب في سن الطفولية والشبوبية الا نادرا وأغلب مشاهدة هذا المرض بين سن الثلاثين والخمسين ويندر مشاهدته في السن المتقدم جدا ويكثر حصوله عند الرجال بحيث ان اصابته للنساء تكون بقدر ثمانية عشر على المائة طبقا لتقاويم (فريدرايش) وقد اتضح في كثير من الاحوال ان التأثير الوراثي له دخل في حصول هذا المرض بل قد ثبت ذلك أحيانا في جملة أجيال متعاقبة وفي هذه الاحوال الاخيرة كانت الذكور هي الاكثر اصابة وأما الاسباب الاعتيادية للضمور العضلي التدريجي فهي عبارة عن المجهودات العضلية الشاقة في بعض اقسام العضلات ولذا اننا كثيرا ما نشاهد ظهور هذا المرض عند الشغالين ويبتدئ عندهم تارة بعضلات الاطراف العليا وتارة بعضلات الاطراف السفلى بحسب كثرة تعرضها للشاق ومن الاسباب النادرة لهذا المرض بعد بعض المألفين خلاف ماذكر تأثير البرد والافراط من الشهوات النفسية وسبق بعض الامراض الحادة كالتيفوس والامراض الطفحية الحادة والدفتيريا والهيضة والروماتيزم المفصلي الحاد والنفاس ويظهر ان بعض المؤثرات الجرحية قد تحدث هذا المرض أحيانا فذكر (روزنتال) ان السقوط من سطح عال قد يحدثه عقب ارتجاج النخاع الشوكي وحصول التغيرات المرضية فيه

﴿الاعراض والسير﴾

هذا المرض يبتدئ في الغالب بعضلات اليدين والساعدين المعرضة بالاكثر للشاق العضلية الشديدة وقد يبتدئ أحيانا بعضلات الكتفين ويندر أن يبتدئ بعضلات الاطراف السفلى والقطن والجذع وفي أحوال اخرى يظهر ان هذا المرض يبتدي باصفار متعددة وكل من اليدين والذراعين والاطراف السفلى المصابة يتعب بسرعة عند الاشتغال ويعتريه ارتعاش واحساس بخشاوة وتنمل وكثيرا ما تحصل آلام جاذبة في العضلات أو آلام عصبية دورية في بعض الاعصاب وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتني بها فلا تشخص على حقيقتها بل تعتبر روماتيزمية ومن المهم في تشخيص هذا

المرض التقلصات الحزمية العضلية التي تحصل تارة من ذاتها وتارة عند الحركة أو المهيجات الظاهرية وهي عبارة عن انقباضات في بعض الحزم العضلية (وليس في العضلة بتمامها) تتعاقب بسرعة ولذا أنها لا تحدث حركات لكن هذه التقلصات الحزمية لا تحصل في جميع الاحوال وقد تحصل في غير هذا المرض بل قد تشاهد عند الاصحاء (وتسمى بالاختلاجات) والعلامة التشخيصية المهمة هي النحافة التدريجية الواضحة في قسم العضلات المصابة خصوصا يتضح هذا الضمور ابتداء في سمانة الابهام والخنصر ويتضح مع ذلك حصول ميازيب عميقة في المسافات بين عظام الرسغ بسبب ضمور العضلات بين الاصابع ثم يمتد هذا الضمور من اليد الى عضلات الذراعين مع بعض تقطع بكيفية بحيث ان بعض العضلات الغائرة تبقى سليمة وتصاب عضلات العضد أو الكتف ومن الجائز أن يبتدئ التغير المرضي بعضلات الكتف ويمتد نحو الداير وفي العادة يصيب هذا المرض أقساما عضلية مماثلة لبعضها في الجهتين لكن ليس على الدوام ومع ذلك فدرجة الضمور المزدوج وامتداده لا يكونان مشابهين لبعضهما بالكلية وبتقدم الضمور تتناقص قوة وظائف العضلات المصابة شيأ فشيأ ومع ذلك فلم تزل قابلية الانقباض محفوظة ولو بعضا الى آخر أدوار هذا المرض ما دام بعض الالياف العضلية القابلة للانقباض موجودا وبذلك يتميز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الحقيقي الذي فيه يحصل فقد تام كثيرا أو قليلا في قوة الانقباض العضلي وأما حجم العضلات فلا يتناقص فيه بدرجة مطابقة لاضطراب وظايفها فالضمور الواضح لبعض العضلات مع بقاء الاخرى سليمة ولو كانت مجاورة للاولى به يتيسر ولا بد معرفة هذا المرض وليس من النادر أن يعتري بعض العضلات انقباض مستمر فيبقى الجزء المصاب حينئذ في وضع مخصوص ومن العلامات الواصفة لهذا المرض شكل اليد الشبيه بمخاليب الحيوانات المفترسة (كما قاله دوشين) الذي فيه تكون السلاميات الاول من الاصابع منبسطة والاخيرتان منقبضتين وقد وجه ذلك دوشين بالكيفية الآتية وهي ان العضلات بين عظام الرسغ الظاهرة والباطنة التي بفعلها المتحد تثني

السلاميات الاول وتبسط السلامية الثانية والثالثة تكون ضامرة وبذلك
تجذب عضلات الساعد المضادة لها وهى الباسطة والقابضة للسلاميات
تغلب فى فعلها وقابلية الانقباض العضلى الكهربائى تكون ابتداء على
حالتها الطبيعية (بل متزايدة طبقا لبعض المشاهدات) لكنها فيما بعد
تتناقص أو تنطفئ بالكلية بحسب درجة زوال الالياف العضلية القابلة
للانقباض وتلاشيها أما قابلية الانقباض العضلى الذى يعقب التنبيه
الكهربائى الواسطى اى الآتى من العصب فانها تبقى محفوظة مدة من
الزمن زيادة عن قابلية الانقباض اللاواسطية اى التى تعقب تأثير التيار
الكهربائى على العضلة نفسها وكذا الانقباض العضلى الارادى يبقى أثره
زمنا طويلا وأما الاحساس فانه يوجد بقطع النظر عن الآلام والثورانات
الحسية السابق ذكرها التى قد تسبق تغير العضلات ارتقاء واضح فى قابلية
التنبيه المنعكس لاسيما الكهربائى وقد يشاهد أحيانا فى آخر أدوار هذا
المرض ثوران حسى جزئى ومع ذلك فالاضطرابات الحسية لا تكون عظيمة
غالبا وقد يشاهد فى بعض الاحوال تضايق فى الحدقة لاسيما فى الجهة
الاكثر اصابة من الجسم أو تناقص فى قوة انقباضها عقب شلل الالياف
العضلية المشععة للقزحية وذلك بسبب امتداد الاصابة المرضية الى المركز
العصبى القزحى من النخاع الشوكى العنقى كما وانه قد شوهد فى بعض
الاحوال تفرطح خفيف فى القرنية وليس من النادر حصول اضطرابات
غذائية أخرى خلاف الضمور العضلى لاسيما ضمور الجلد وظهور طفح
هربسى على مسير الاعصاب المصابة أو انتفاخات مفصلية واصابات عظمية
فى السلاميات أو عظام الرسغ وهى تماثل التغيرات المفصلية التى
شرحها شركو فى مبحث السل النخاعى كما وانه قد شوهد فى بعض الاحوال
بعض اضطراب فى الافراز كالعرق الغزير وبعض تغير فى البول ولاسيما
تناقص ما يسمى بالكرياتينين وهو متحصل التبادل العنصرى العضلى
وقد تكون الحرارة أحيانا متزايدة فى الاطراف المصابة قليلا لكنها فيما بعد
تنحط بجملة درجات كما وقد تشاهد حركة حمية فى الدور الاول والاخير
من هذا المرض

ثم ان سير الضمور العضلى التدريجى بطئ للغاية فقد يمتد جملة سنين وفى بعض الاحوال الجيدة لا تتضح الصفة التدريجية لهذا المرض فالتغير المرضى يبقى قاصرا على بعض اصفار احد الاطراف لاسيما احد المفاصل كمفصل اليد والمرفق والركبتين بحيث يمضى عليه جملة سنين بدون ظهور تقدم فيه حتى ان المريض المصاب لا يكون عنده سوى اضطراب وظائف العضلات المصابة وأما الاحوال التى فيها يتقدم الضمور العضلى التدريجى بسرعة بحيث يمتد فى زمن قليل الى عضلات الاطراف والجذع بل والعنق والرأس فانذارها خبيث فان المرضى فى مثل هذه الاحوال الثقيلة مع تمتعها بالشهية وحدة الحواس وسلامة العقل تفقد وظيفة اعضائها واحدا بعد الآخر فلا يمكنها فيما بعد المشى ولا تغير وضعها والاطراف العليا تكون معلقة بجوار الجذع بدون حركة بحيث يحتاج الحال لاطعامها بيد أجنبية والموت يطرأ حينئذ بطرق متعددة اما بواسطة اصابات مرضية فى أعضاء التنفس وهذه يشتد خطرها بضمور عضلات الصدر والحنجرة والبطن أو ان الموت يحصل بواسطة شلل العضلات البلعومية اللسانية الشفوية أو انه يحصل من تقدم الغنغرينة الوضعية

وبالنسبة للتشخيص التمييزى ينبغى ولا بد تمييز الضمور العضلى التدريجى عن تيبس الاحبلة الجانبية من النخاع الشوكى الذى شرحه المعلم شركو فى العصر الجديد كمرض قائم بنفسه فان تيبس الاحبلة الجانبية الذى يطرأ كمرض اولى يتضح ولا بد امتداده فى الجزء العنقى من النخاع الشوكى ومع ذلك فالتغير المرضى قد يمتد الى اعلا نحو الاجسام الهرمية وقنطرة الدماغ والى اسفل نحو النخاع الشوكى الظهرى والقطنى وحيث ان تيبس الاحبلة الجانبية من النخاع قد يمتد الى القرون المقدمة من الجوهر السنجابى لهذا العضو فتعتريها عين التغيرات التى تكابدها فى الضمور العضلى التدريجى فأعراض هذا المرض الاخير لا بد وان تتحد بأعراض تيبس الاحبلة الجانبية وفى آن واحد تظهر اعراض اخرى لا توجد فى الضمور العضلى التدريجى فانه فى احوال تيبس الاحبلة الجانبية يحصل ابتداء (تبعا لشركو) شلل حقيقى والضمور العضلى لا يكون فى حد ذاته ابتداء قويا واضحا

بحيث يوجه به على انفراده ضعف الحركة واضطرابها واما فى احوال الضمور العضلى التدريجى فكل من ضعف الحركة وضمور العضلات يكون بنسبة واحدة كما وانه فى احوال تيبس الاحبلة الجانبية يحصل ضمور عام ممتد باستواء على جميع الطرف عكسا لما يحصل فى الضمور العضلى التدريجى فان فيه الضمور العضلى يكون فى العادة قاصرا على بعض عضلات الاطراف وفى تيبس الاحبلة الجانبية يكون الضمور فى الغالب قاصرا على الطرف العلوى واما الشلل فيكون غالبا واضحا فى الطرف السفلى وكذا فى احوال تيبس الاحبلة الجانبية من النخاع تحصل انقباضات مستمرة فى الاطراف المشلولة الضامرة وهذا لا يحصل مطلقا (تبعا لراى شركو) فى احوال الضمور العضلى التدريجى وتيبس الاحبلة الجانبية من النخاع الشوكى يمتد غالبا الى النخاع المستطيل فيحصل الشلل فى الاعصاب الناشئة من هذا العضو بخلاف ما يحصل فى الضمور العضلى التدريجى البسيط فانه لم يشاهد ذلك (تبعا لتاويم دوشين) الا فى ثلاث عشرة حالة من المائة وتسعة وخمسين التى شاهدها وبالجملة فسير تيبس الاحبلة الجانبية من النخاع الشوكى سريع والموت يطرأ عادة فى ظرف ثلاث سنين بخلاف الضمور العضلى التدريجى فانه يمتد من عشرة سنين الى عشرين

وكذا يسهل تمييز الضمور العضلى التدريجى عن الشلل الزحلى الذى كثيرا ما يصيب احدى اليدين فان هذا الاخير من المعلوم انه يبقى قاصرا على العضلات الباسطة لليد والاصابع فتضمر العضلات الباسطة وتكون اليد والاصابع ساقطة مسترخية فلا تظهر الاصابع كما فى الضمور العضلى التدريجى الوضع الخاص الشبيه بمخاليب الحيوانات المفترسة بحيث ان انبساط اليد والاصابع لا يكون تاما ولا يحصل بالكلية وزيادة على ذلك فمن الامور المساعدة على معرفة الشلل الزحلى وتشخيصه وجود علامات اخرى من التسمم الزحلى كالحالة المحيطة بالحافة اللثوية من الاسنان ذات اللون السنجابى المتكونة من رسوب كبريتات الرصاص وسبق المغص الزحلى والآلام المفصلية الزحلية لكن علينا ان لا ننسى ان الاشخاص المصابين بالتسمم الزحلى قد يحصل عندهم الضمور العضلى التدريجى الحقيقى

﴿المعالجة﴾

لم يكن عندنا وسايط علاجية فى هذا المرض سوى الكهربائية مع تبعيد جميع الاسباب التى يترتب عليها فعل مجهودات عضلية فى العضلات المصابة اذ بذلك قد تيسر انا اقله فى بعض الاحوال التى يودر فيها بتلك المعالجة ولم تكن سريعة السير جدا ليس فقط وقوف هذا المرض بل تحسينه تحسينا واضحا متفاوت الدرجة ولو كان ذلك وقتيا غالبا وكان يفضل سابقا (تبعا لرأى دوشين) استعمال التيار الكهربائى المتقطع على العضلات المريضة واما الآن فالمفضل هو استعمال التيار الكهربائى المستمر على شكل تيار جلوانى ساقط من العامود الفقرى أو الجذوع العصبية نحو اعصاب العضلات المريضة أو يستعمل على التعاقب التيار المتقطع على العضلات والمستمر على الاعصاب ومع ذلك فهذا يحتاج لتصبر ومداومة طويلين جدا من المريض والطبيب معا حتى يتحصل على فائدة لكن كثيرا مالا تثمر المعالجة الكهربائية

(المبحث الثانى)

﴿فى الشلل الذاتى للاطفال﴾

(المعروف ايضا بالشلل النخاعى عند الاطفال)

هذا المرض الذى نحن بصدده وسماه هين بماذكر يحصل عادة بين السنة الاولى والثالثة من الحياة وهذا امر مهم بالنسبة لتمييزه عن غيره من انواع الشلل وهذا المرض يصيب فى العادة اطفالا اصحاء البنية وقد يصيب اطفالا نحفاء ها كثيرى التهيج وقد ذكر (روزنتال) ان امهات مثل هؤلاء الاطفال كثيرا ما يوجد عندهن اضطرابات عصبية أو ان كثيرا من اخواتها يكون قد هلك بالتشنجات والاستسقا آت الدماغية وفى العادة لا يوجد السبب المتمم الواضح لهذا المرض وانما فى بعض الاحوال يظهر انه نتج عن تأثير البرد أو بعض الامراض الطفحية ذات السير الغير المنتظم ولقد تحقق لنا فى العصر المستجد بواسطة مشاهدات الاطبا الفرنساويين (مثل شركو) وغيره ان مجلس هذا المرض هو الجزء المقدم من النخاع الشوكى أى القرون المقدمة من الجوهر السنجابى والاحبلة المقدمة والجزء المقدم

من الاحبلة الجانبية والجذوع العصبية المقدمة ومن ذلك يتضح القرب العظيم بين الشلل النخاعى الطفلى والضمور العضلى التدريجى وانما فى المرض الاول تحصل التغيرات دفعة واحدة بسبب حدة التغير المرضى واما فى المرض الثانى فانها تحصل بكيفية مزمنة تدريجية

وهذا المرض يبتدى بدور حاد تكون مدته قصيرة عادة فانه بعد سبق توعك خفيف قد لا يلتفت له احيانا أوليلة قلق أو حركة حمية خفيفة غير معلومة الينبوع أوحالة مرضية ثقيلة تستمر جملة ايام احيانا مع ظواهر تدل على احتقان الدماغ (كالهذيان والنفضات العضلية أونوبة تشنجية مع فقد فى الادراك) يطرأ شلل الاطراف أو هى والجذع دفعة واحدة وهذا الشلل له صفة خاصة به وهو انه يكون عظيم الامتداد جدا فى الابتداء وانه فيما بعد فى الاسبوع الثانى غالبا أو بعد قليل من الاشهر تعود الحركة ثانيا فى بعض اجزاء الجسم لاسيما فى الاجزاء العليا منه لكن الشلل التام يبقى قاصرا على اجزاء محدودة ويستمر اذ ذاك طول الحياة وانما فى الاحوال الخفيفة يشاهد بعد النوبة الاولى زوال ظواهر الشلل بالكلية وشفاؤه شفاء تاما (وهذا هو الشكل الوقتى) والشلل الذى يستمر عادة يصيب غالبا الاطراف السفلى اكثر من العليا و يكون غالبا قاصرا على احد الساقين أو الذراعين (ويسمى بالمونوبليجيا) اكثر من اصابتهما معا (المسمى بالبارابليجيا) ويندر اصابته للطرف السفلى والعلوى لجهة واحدة من الجسم (ويسمى بالايميبليجيا) أو للطرف السفلى من جهة والعلوى من الجهة الاخرى واندر من ذلك اصابته للاطراف الاربعة وفى الابتداء يكون كثير من عضلات الطرف المصاب أو جميعها مصابا بالشلل لكن عما قليل يعود لجزء منها قوة انقباضه الطبيعية فلا يبقى الشلل مستمرا الا فى بعض أقسام من العضلات وقابلية استعمال الطرف المصاب يحصل فيها فيما بعد عوق عظيم بقطع النظر عن الشلل بواسطة التشوهات التابعة التى تطرأ عليها فان اغلب تشوهات القدم واليد الآتية التى تحصل بعد الولادة تنتج عن الشلل النخاعى الطفلى وقد ذهب بعضهم الى ان كيفية حصول تشوهات القدم الشللية هذه تنتج عن كون العضلات الغير المشلولة

أوالتى شللها غير تام تجذب القدم الى جهتها وتبقى قصيرة ومع ذلك فقد صار الاعتراض من كل من هيتر وفولكمن على كيفية هذا الحصول بالفعل العضلى المضاد اقله فى جميع الاحوال فانه كثيرا ما تحصل تشوهات وانحنا آت عظيمة جدا عندما تكون جميع العضلات منشلة كما وانه ليس من النادر أن العضلات المنشلة هى القصيرة وحينئذ فحصول التشوه الشللى ينبنى على ثلاثة امور ميخانيكية تأثر مع بعضها وهى اولا الثقل النوعى للجزء المصاب وثانيا الثقل الواقع عليه عند الانتفاع به وثالثا عدم امكان تعديل وضع الطرف الذى حصل بحركة العضلات الغير المنشلة واغلب انحنا آت القدم حصولا هو شكل الانحناء والتشوه المسمى برجل الفرس وقد وجه هذا الامر بكون القدم المنشل يأخذ هذا الوضع متى ترك هو لثقله وأما عند الاطفال التى يمكنها المشى فان القدم المتحمل لثقل الجسم يكتسب شكل التشوه المسمى بالقدم المفرطح أو الزاوى وأما مفصل الركبة فلا يحصل فيه انقباض مطلقا تبعا لفولكمن ولو كانت جميع العضلات الباسطة للساق منشلة بل ان هذا المفصل قد يكتسب حركة عظيمة جدا بحيث يحصل فيه تمدد عظيم وغير ذلك يحصل فى المفصل الحرقفى الفخذى وفى الاطراف العليا لا تتكون انقباضات واضحة فى مفصل المرفق فان الطرف المنشل يكون منبسطا ومرتخيا واما فى احوال شلل العضد فان كلا من العضلة الصدرية والعظيمة الظهرية وغيرهما يعتريه قصر بسبب عدم التعود على رفع الطرف والاصابع يحصل فيها بسبب قصر اوتار العضلات القابضة انثناء وانقباض وذلك يحصل تبعا لفولكمن عقب استمرار الاصابع فى هذا الوضع فانها ليست ثقيلة حتى تكون فى حالة انبساط مستمر كالذراع المنبسط المسترخى وبالجملة قد ينشأ عن شلل العضلات الظهرية تقوسات فى العامود الفقرى ووضع معيب فى الاكتاف ولو بدون شلل وتشوه فى الاطراف

وقابلية الانقباض الكهربائى تكون متناقصة قليلا فى العضلات القليلة الاصابة ومفقودة بالكلية فى العضلات التامة الشلل ومع ذلك فالقول بانه فى جميع الاحوال التى فيها يفقد التنبيه الكهربائى المتقطع فى الاسابيع

الاول لايكون هناك ادنى رجاء فى الشفاء ليس صائبا فى جميع الاحوال
(كما قاله روزنتال) بل قد شوهد رجوع الحركات الارادية مع كون قابلية
التنبه الكهربائية لم تزل مفقودة ومشاهدة (سالومون) من حيثية كون
العضلات المشللة التى تفقد قابلية انقباضها العضلى بالتأثير الكهربائى
المتقطع لايندر ان تبقى فيها قابلية التنبه بواسطة التيار الكهربائى المستمر
محفوظة قد صار اثباتها أيضا بواسطة غيره من الاطباء المشتغلين بالامراض
العصبية وحيث ان النصف الخلفى من النخاع الشوكى فى احوال شلل
الاطفال النخاعى لايكون متغيرا فالاحساس فى هذا المرض لايعتريه ادنى
تغير وغاية ماهنالك ان يحصل فيه ارتقاء مرضى فى الابتداء وكذا فعل كل من
المثانة والمستقيم لايعتريه ادنى اضطراب فى هذا المرض بخلاف العضلات
فانها تكابد ضمورا عظيما وهذا الضمور لايتضح فقط فى العضلات المشللة
بل أيضا فى العضلات القابلة للانقباض السليمة الخارجة عن دائرتها وهذا
الاضطراب الغذائى يدل على القرب العظيم بين شلل الاطفال والضمور
العضلى التدريجى ففى الحقيقة يحصل فى كل من هذين المرضين تغيير اوفقد
كلى فى وظيفة الخلايا العصبية العقدية العظيمة من القرون المقدمة
السنجابية ولو كان ذلك بواسطة تغيرات مرضية مختلفة وكذا الاعصاب
و الشرايين والعظام تظهر أكثر رقة والاطراف العظمية الضامرة تكون
حركتها سهلة جدا غير طبيعية أو يعتريها خلع مادامت الانقباضات العضلية
لم تحصل وعظام الطرفين السفليين معا أو احدهما يتأخر نموها الطولى جدا
وبضمور هذا الطرف يزداد التشوه واما الجلد المغطى للجزء المشلل فلونه
يظهر باردا مزرقا الا انه لايكون فيه ميل لحصول اضطرابات غذائية
كالغنغرينا الوضعية ونحو ذلك

ثم ان الشلل الطفلى النخاعى وان كان لايهدد الحياة وتعمر مثل هؤلاء
المرضى حتى تصل الى عمر عظيم فمن جهة اخرى الامل فى الشفاء التام
يكاد يفقد مالم يحصل ذلك فى زمن قريب من حصوله أى فى ظرف سنة امامن
ذاته أو بواسطة الصناعة والتشخيص التمييزى بين هذا المرض وغيره
من انواع الشلل التى تحصل عند الاطفال يرتكن فيه الى المنشأ السريع

لهذا المرض والى انه فى احوال الشلل الدماغى لا تنطفئ قابلية التنبيه العضلى الكهربائية كما فى الشلل الطفلى النخاعى بل تبقى مستمرة على الدوام وانه فى احوال الشلل الدماغى يفقد الضمور العضلى العظيم فى العضو المصاب وانه فى هذا الشلل الاخير يوجد مع شلل الاطفال فى آن واحد اضطراب فى قوة الادراك وشلل فى الاعصاب الدماغية كاحدى جهتى الوجه أو بعض عضلات العين أو نحو ذلك واما بالنسبة لتمييز الشلل الطفلى النخاعى عن الشلل الدايرى فهو وان كان كل منهما يشابه الآخر من حيثية فقد قابلية الانقباض الكهربائية وطرو الضمور العضلى العظيم الا ان الحساسية التى تبقى محفوظة فى الشلل الطفلى النخاعى تكون ولابد ضعيفة أو مفقودة فى الشلل الدائرى للاعصاب المختلطة مع الحركة أيضا

وكذا عند البالغين قد تحصل اشكال من الشلل بينها وبين الشلل الطفلى النخاعى مشابهة تامة ومن هذا القبيل الآفة التى شرحها المعلم دوشين وسماها بالشلل النخاعى المقدم الحاد للبالغين ومنها أيضا شكل الشلل النخاعى المقدم الذى يطرأ ببطء ويسمى بالتحت حاد وقد ذكرت مشاهدات من هذا الشلل عند البالغين الشبيه بشلل الاطفال من مؤلفين عديدة وصار وصف بعض صفات تشريحية سيما من الطبيب (جمبولت) اتضح منها ان مجلس هذين المرضين واحد وهى القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى والاعراض المهمة من الشلل النخاعى المقدم للبالغين عبارة عن شلل فى الحركة كثير الامتداد أو قليله يظهر ظهورا حادا أو تحت حاد كشلل الاطفال مع حفظ الحساسية على حالة صحية وكذا فعل المثانة والمستقيم وعن فقد فى قابلية التنبيه الكهربائى وظهور اضطرابات غذائية سريعة فى العضلات الشديدة الاصابة ولا يندر عند البالغين ايضا حصول تحسين أو زوال سريع أو بطء فى هذا الشلل وعلى كل حال فانذار هذا الشكل اكثر جودة من انواع الشلل النخاعى الذى ينتج عن الالتهاب النخاعى الاعتيادى

واما معالجة الشلل الطفلى فلا يؤمل فيه النجاح بالمعالجة الخفيفة المضادة للالتهاب كالاستفراغات الدموية الموضعية على جانبى العامود الفقرى

والمكمدات الباردة على هذا القسم والمنفطات والمسهلات اللطيفة ونحو ذلك الا فى الاحوال الحديثة من هذا المرض والشلل الذى يبقى لا يندران يحصل فيه عما قليل تحسين واضح من ذاته أو اقله ينحد على بعض العضلات واذا مالم يحصل هذا المجهود الطبيعى يمكن الحصول باستعمال التيار الكهربائى المستمر (من العامود الفقرى نحو الاعصاب والعضلات) مع الاستمرار به جملة اشهر واعطاء فترات زمنا فزمنا على فائدة عظمى سيما متى ضممنا لذلك فيما بعد استعمال التيار الكهربائى المتقطع اذ بذلك تتحسن الحركة ودورة الدم وحالة تغذية الاطراف المشلولة ونحوها وهذه المعالجة ينبغى مساعدتها باستعمال المقويات لاسيما المركبات الحديدية والحمامات الفاترة فقد ذكر روزنتال انه شاهد تأثيرا جيدا من طريقة المعالجة بالماء البارد بالنسبة لجودة التأثير على التغذية وتقوية العضلات المريضة (وطريقة المعالجة بالماء تكون اما بالدلك به او لف الاطراف المريضة بلآت مبتلة ثم فعل حمامات جلوسية أو صب الماء على العامود الفقرى فى اثناء الحمام) واما جودة تأثير استعمال يودور البوتاسيوم والحقن تحت الجلد بكبريتات الاستركنين من واحد مللى جرام الى خمسة (من ٠٠١ ـ ٠ الى ٠٠٥ ـ ٠) على جرام من الماء فلم يتأكد نجاحه بالكلية وكذا المعالجة العضلية بواسطة الطرق الميخانيكية يمكن الحصول منها على نجاح بواسطة تجنب حصول التشوهات فى القدم أو تحسينها وذلك بتسهيل المشى عقب استعمال اجهزة مخصوصة

(المبحث الثالث)

(فى الشلل التدريجى للنخاع المستطيل)

(المعروف بشلل دوشين)

(وبالشلل الاسانى البلعومى الشفوى)

(وبالشلل البصلى التدريجى)

هذا المرض الذى نحن بصدده ولو انه بين ومتصف بصورة مرضية واضحة لم تتوجه اليه مع ذلك افكار المؤلفين الفرنساويين الا فى العصر المستجد ولاسيما دوشين فانه هو الذى عرف شكل هذا الشلل بانه مرض قائم

بنفسه واما الاطباء الالمانيون فهم الذين عرفوا المجلس المركزى لهذا المرض بانه كائن فى النخاع المستطيل وذلك بواسطة الاستنتاجات النظرية وفى الحقيقة اقتصار الشلل على عضلات التكلم والازدراد ووجود هذا المرض فى الجهتين هو الذى عضد القول بأن التغير المرضى الاصلى مؤثر فى الصفر الذى منه تنشأ جملة نوايات عصبية محركة مختلفة من الجهتين قريبة من بعضها بالكلية وذلك هو قاع الحفرة المربعة بجوار الخط المتوسط وقد تأيدت حقيقة تلك الاستنتاجات فى عصرنا هذا بواسطة الابحاث التشريحية المختلفة من كل من المعلم ليدن وشركو وغيرهما فانه يوجد على الدوام تغير مرضى واضح فى نوايات كل من العصب تحت اللسان والاضافى لوليس والعصب الوجهى لكن بالنسبة لطبيعة هذا التغير الاخذ فى التقدم تدريجا يمكن ان تصاب النوايات العصبية لغيرها من الاعصاب الدماغية مع طول الزمن بحيث يصل التغير المرضى فى بعض الاحوال الى مركز كل من العصب اللسانى البلعومى والجزء المحرك من التوامى الثلاث والعصب الصخرى والمحرك للمقلة أو المقرب لها بخلاف العصب المحير اى الرئوى المعدى والسمعى والجزء الحساس من التوامى الثلاث فانها لا تصاب الا فيما بعد أولا تصاب بالكلية وأما القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى فانها كثيرا ما تشترك فى الاستحالة المرضية وليس هذا بمستغرب متى علمنا ان نوايات الاعصاب المحركة من النخاع المستطيل تطابق مطابقة تشريحية وتماثل القرون المقدمة السنجابية للنخاع الشوكى ومن هذا يتضح القرب العظيم بين الشلل البصلى والضمور العضلى التدريجيين وكلاهما قد يوجد منضما للآخر بان يحصلا معا أو يعقب احدهما الآخر

ثم انه فى الشلل البصلى النخاعى التدريجى تقع الخلايا العصبية العقدية من نوايات الاعصاب المصابة فى استحالة مرضية وضمور (وهو فى الغالب الضمور الصبغى الاصفر) وهذا الضمور يظهر انه نتيجة تغير احتقانى التهابى لتلك النوايات فحينئذ تلاشى الاخلية العصبية هو الشرط الرئيس لهذا المرض ولو وجدت تغيرات اخرى كما هو الغالب لا سيما الضخامة والتكاثف النسيجى فى الاعمدة العصبية الموجودة فى قاع الحفرة المربعة

بل ان هذا التيبس والضمور الخلوى قد يمتد فى اثناء سير هذا المرض الى المركز المحرك من النخاع الشوكى وقرونه المقدمة واحبلته المقدمة والجانبية وبذلك يوجد الطرو التابعى لكل من الشلل النخاعى والضمور العضلى التدريجيين الى الاعراض السابقة من الشلل البصلى وفى احوال قليلة قد يمتد هذا التغير المرضى الى اعلى نحو الاحبلة الهرمية المقدمة ومنها الى القنطرة كما ذكره ليدن بل والى الجزء الابتدائى من نخاع المخ كما ذكره (قوسمول) وكذا الاجسام الزيتونية فمن النادر ان توجد متغيرة وأما الاحبلة الخلفية من النخاع الشوكى والاجسام الناشئة منها فانها تبقى سليمة

ثم ان اصابة النوايات العصبية البصلية يعقبها ولا بد تلاش وضمور فى الجذوع والجذور العصبية المسامتة لها وحيث ان هذه التغيرات التابعية للاعصاب تتضح جدا بالنظر زيادة عن التغيرات الدقيقة الميكروسكوبية للنوايات العصبية التى لا تتضح الا بعد التيبس التام وتغير لون النخاع المستطيل فمن البين ان تلك التغيرات التابعية فى الاعصاب هى التى استكشفت ابتداء قبل التغيرات الاولية فى العضو المركزى

والعضلات المشلة نفسها يمكن ان يعتريها عند المريض بعينه اما استحالة شحمية أو شمعية واما ضمور بسيط ومع ذلك فتناقص حجم كل من اللسان وغيره من العضلات الناتج عن ضمور الالياف العضلية يختفى بواسطة نمو المنسوج الخلوى بين الالياف العضلية المعبر عنه بالضمور العضلى الكاذب والامر المعلوم من ان كلا من الشلل والضمور العضلى لا يكون بنسبة واحدة غالبا فى درجة التقدم ادى للقول النظرى بانه يوجد لكل عضلة اخلية عصبية عقدية غذائية ومحركة مخصوصة فى النوايات العصبية وانه يتعلق بمجلس التغير المرضى وامتداده فى النوايات العصبية اما تقدم الشلل فى العضلة أو ضمورها أو حصول هذين الامرين معا وأما امتداد التغير المرضى الذى يحصل غالبا بكيفية متقطعة على دفعات فقد نسب لنوع توزيع الاوعية فى العضلات (كما قاله دوريت) ولا شك ان كل اضطراب غذائى لمنسوجات منفصلة عن بعضها بوجه بارتباط تفرق الاوعية مع بعضها اذ بذلك ينتقل التغير المرضى من فرع وعائى الى آخر

ثم ان الاسباب الخفيفة لهذا المرض لم تزل مجهولة علينا فان المصابين بهذا الداء يكونون عادة سالمين من قبل وانما يظهر في بعض الاحوال ان لكل من تأثير البرد والانفعالات النفسيه والمجهودات العضلية الشديدة والتأثرات الجرحية على الرأس والداء الزهرى السابق الحصول دخلا كثيرا أو قليلا في حصول هذا المرض وقد يتضح هذا الداء كمرض تابعي للضمور العضلي التدريجي وتيبس الدماغ أو النخاع الشوكي القاصر على اصفرار متعددة متفرقة وشلل المجانين ونحو ذلك وهذا الداء النادر الحصول يشاهد بالاكثر عند الذكور وفي النصف الثاني من الحياة

ثم ان هذا المرض يندر ان يبتدئ دفعة واحدة على شكل دوار سكتى بل الغالب ان تطرأ اضطرابات في التكلم بكيفية خفيفة بدون ان يعتنى بها ابدا بدون اضطرابات اخرى أو مع اضطرابات خفيفة حسية كالآلام في الرأس والقفا وكالاحساس بالضجر والانقباض في العنق ونحو ذلك ويتضح بسرعة لتلك الاضطرابات عسر في الازدراد عند الاكل فالتكلم يحتاج لمجهود حتى يتم ويصير اللسان ثقيلا ويفقد شيأ فشيأ قوة ارتفاعه الى اعلى ولذا ان نطق المخارج التلفظية التي تحتاج في تكونها الارتفاع طرف اللسان الى اعلى تصير عسرة كحرف الدال واللام والنون والراء والسين وكذا يعسر نطق المخارج التي تحتاج لتقريب الاجزاء الخلفية من اللسان الى سقف الحلق كالجيم والكاف والشين والياء واشتراك العصب الوجهى في الاصابة ينتج عنه بسرعة أو ببطء ضعف شلل في حركة الشفتين فيتعذر انطباق الفم وكذا نطق المخارج الشفوية كالباء والفاء والميم والتاء والواو ونحو ذلك وعند تقدم الشلل الشفوى تكتسب هيئة الوجه هيئة البكا وذلك بانجذاب الفم عرضا بواسطة العضلات المضادة للعضلات الشفوية وباتضاح الثنيات الانفية الشفوية وان اشتركت الخلايا العصبية العقدية العليا النوايا العصب الوجهى واشتركت أيضا العضلات الوجهية العليا في الاصابة نتج عن ذلك شلل تام في الوجه يسهل ولابد تمييزه عن الشلل الوجهى المزدوج الدائرى

وعند حصول الشلل الشفوى التام يسيل اللعاب على الشفة السفلى الساقطة

لكن احيانا قد يكون افراز اللعاب متزايدا حقيقة فقد ثبت من تجارب (اجاردولويب) ان تهيج المراكز العصبية المتسلطنة على الاعصاب المفرزة الكائنة فى الحفرة المربعة ينتج عنه ولابد افراز لعابى وأما شلل اللهات فهو الذى ينتج عنه التكام الانفى وصعوبة فى تكون بعض الحروف الشفوية كالياء والباء التى عند نطقها تمنع اللهات هروب الهواء من الانف ثم فيما بعد يتضح بطء عظيم فى التكلم وتقطيع المخارج عن بعضها واخيرا يصير التكلم غير واضح بالكلية وتفقد حركة اللسان أيضا سواء كان واقعا فى الضمور أم لا فالمريض لا يمكنه الا احداث بعض الاصوات الانفية المزمارية واحيانا يحصل عنده بحة شللية فى الصوت أو فقده بالكلية مع شلل فى الاحبال الصوتية يمكن مشاهدته بالمنظار الحنجرى

وعسر المضغ الذى يتزايد شيأ فشيأ ينتج عن فقد حركة اللسان والشفتين وعضلات المضغ وأما عسر الازدراد فانه ينتج عن ضعف حركات العضلات العاصرة للبلعوم وعن عدم سد الخياشيم أو المزمار عند الازدراد وبذلك ينفذ متحصل البلعوم فى احد هذين الاتجاهين

وأما سير الشلل البصلى فاعظم أوصافه هو تقدمه التدريجى فينبغى الاحتراس من اعتبار الانواع الاخرى من شلل التلفظ والازدراد التى تبقى مستمرة على حالة واحدة والتى تظهر بكيفية حادة سريعة من قبيل هذا المرض فانه ولابد من حصول شلل تام فى بعض الاعصاب الدماغية فى جملة من الامراض المختلفة للدماغ والمجموع العصبى فاننا بقطع النظر عن الوقوف أو التحسين الوقتى لهذا المرض يستمر ولابد فى التقدم الى ان يحصل الهلاك الذى لا نفاد منه وهذا الانتهاء المحزن يحصل عادة فى زمن طويل من سنة الى ثلاثة أو بعد عدة من السنين وعند تقدم سير هذا المرض كثيرا ما يمتد التغير المرضى الى النخاع الشوكى فتحصل آلام ظهرية أو فى الاطراف متلوة بشلل فيها أو فى بعض عضلات العنق أو الصدر أو الظهر وكذا يتضح الضمور العضلى فى بعض الاقسام العضلية لاسيما عضلات اليدين كما تقدم شرحه فى الضمور العضلى التدريجى وأما العضلات العاصرة فانها تبقى حافظة لوظائفها الى الممات وكذا الوظائف العقلية تبقى غير متكدرة ولا توجد

حمى والانتهاء المحزن اما ان يحصل بواسطة نوب ضيق عظيم فى التنفس مع سرعة بدون قوة فى انقباضات القلب بشلل العصب المتحير أو بواسطة شلل الحجاب الحاجز أو بفقد تام فى حركة الازدراد تعقبه النخافة والنهوكة

(المعالجة)

معالجة شلل البصلة النخاعية الشوكية لم يتحصل منها على نتايج عظمى فانه لم يتحقق الى الآن هل يمكن فى ابتداء المرض قبل تلاشى الخلايا العصبية العقدية الحصول على فائدة عظيمة بواسطة الاستفراغات الدموية الموضعية و وضع مثانات جليدية والمحولات واستعمال التشلشل بالماء على هيئة المطر أو الشعاع فى الحمامات الجلوسية الفاترة ام لا وأما نجاح استعمال التيار الكهربائى الجلوانى المستمر فغير مشكوك فيه ولو كانت الاراء مختلفة فى ذلك فان اغلب المؤلفين لم يشاهدوا من استعماله الا وقوفا وقتيا أو تحسينا وكذلك فى حركة اللسان وقوة التكلم والازدراد والانتفاع بالاعضاء المتشللة ولو مع التمادى على استعماله بخلاف المعلم بنذكت فانه شاهد من استعماله نجاحا عظيما حيث شاهد وقوفا بل وتحسينا مستمرا والمذكور يسلط التيار الكهربائى يمر فى اتجاهات مختلفة بين القفا والحنجرة لكن النجاح العظيم ينسبه هذا المؤلف لتسليط التيار الكهربائى المستمر على الاعصاب السمباتوية بواسطة النتوات الحلمية والضفيرة الفقرية اذ بذلك يقع التأثير على الاعصاب المتسلطنة على الدورة فى الاجزاء المريضة وعلى الجزء المريض نفسه وزيادة عن ذلك فقد يتيسر احداث تحسين وقتى فى التكلم والازدراد وعسر التنفس بمساعدة استعمال التيار الكهربائى على اللهات واللسان والعصب تحت اللسان والحجاب الحاجز وأما الادوية المستعملة فى مثل هذه الامراض (كالاستركنين والفوسفور ونترات الفضة و بعض املاح الذهب والحديد) فالذى يستحق التمادى على تجربة استعماله هو نترات الفضة فقط وأما يودور البوتاسيوم فيظهر ان له تأثيرا جيدا فى شكل شلل البصلة الشوكية الناتج عن الداء الزهرى

وفى الادوار الاخيرة جدا من هذا المرض قد يستدعى الحال لتغذية المرضى بواسطة المجس المروى أو القطع الحنجرى لاجل مضاربة عسر الازدراد أو الاختناق

(الفصل الرابع فى الامراض العصبية المنتشرة)

(المجهولة المجلس التشريحى)

(المبحث الاول فى الرقص السنت جى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الرقص السنت جى يمكن اعتباره مرضا عصبيا خاصا بالاعصاب المحركة فان جميع الاعراض التى تنتج عن هذا المرض يمكن نسبتها الى تنبه مرضى فى اعصاب الحركة وأما الاحساس والوظائف العقلية فلا يظهر فيها تغير واضح مستمر

وكيفية ظهور الرقص المذكور غير واضحة فان كلا من الابحاث التشريحية وبيان اعراض هذا المرض لا يستدل منه على منشأ التنبيه المرضى للاعصاب المحركة فى هذا المرض وكذا الصفات التشريحية القليلة لجثة الهالكين بالرقص المذكور فانه اما ان لا يستدل منها على شئ أو انه ان وجدت فيها بعض تغيرات فى المراكز العصبية فلا تكون ثابتة ولا مطابقة لبعضها بحيث لا يمكن نسبتها للرقص السنت جى بل للتغير المرضى الاخير أو لمضاعفة حصلت بالمصادفة وانتشار التنبيه المرضى على معظم الاعصاب الدماغية الشوكية المحركة ينافى بالكلية القول بمنشأ هذا المرض من الاعصاب الدائرية كما ان سلامة جميع الوظائف الدماغية تبعد من العقل كون الحركات المرضية فى هذا المرض ينبوع تنبهها الاولى لها ناشئ من الدماغ وعكس ذلك فان بعض الامور سيما حصول فترة من الراحة فى اثناء النوم أو الخدر الكلورفورمى يستدل منه على ان منشأ تنبيه الحركة من الدماغ اكثر منه من النخاع الشوكى كما ان النظريات القائلة بان الرقص السنت جى ينسب لعدم التناسب بين اتساع القناة الفقرية وغلظ النخاع الشوكى أو لاصابة التهابية فى الفقرات أو الى التنبيه النخاعى الشوكى ليس لها أدنى أساس فاننا لا نعلم مع التأكيد ان كان ينبوع هذا المرض النخاع الشوكى ام لا وأما ما يخص اسباب هذا المرض فاول امر يعرض لنا ويلتفت اليه هو كثرة حصوله فى الزمن الثانى من التسنين وفى زمن البلوغ ولا يندر ان يصاب به الشخص اثناء هذين الزمنين مع بقائه سليما فى الفترة

بينهما ولذا تقول العوام ان الرقص السنت جى عادته ان يعود فى كل سبع سنين
ويندر حصوله قبل السنة السادسة كما يندر بعد الخمسين لكن التقدم فى السن
جدا لا يكون دائما مصانا عنه بل ان حصل فى هذا الطور من الحياة فانه
يكون كثير الاستعصاء والنساء تكون اكثر اصابة بهذا المرض عن الرجال
والاستعداد الوراثى له يكاد لا يستدل عليه ولو فى بعض الاحوال النادرة
وأما الانيميا والايدريميا والاصابة الروماتيزمية فانها تزيد فى الاستعداد
للاصابة به لكن لا يجوز مع ذلك اعتبار ارتباط الرقص السنت جى مع
الروماتيزم امرا دائما وانما لا ينكر ان كثيرا من المرضى المصابة بهذا
المرض كانت قد اصيبت سابقا بالروماتيزم الحاد أو المزمن أو انه يعتريها
اصابات روماتيزمية فى اثناء هذا المرض أو بعد انتهائه كما وان التجارب
قد دلت على ان كثيرا ما توجد الغاط قلبية مرضية عند المصابين بهذا المرض
وكثيرا من هذه الالغاط وان كان متعلقا بالانيميا أو باضطرابات عصبية وتعتبر
الغاطا دموية الان عددا عظيما منها ولا بد ناشئ عن آفات عضوية فى
الصمامات واضحة جدا بحيث لا يشك فى عدم حصول روماتيزم مضاعف
بالتهاب فى الغشاء الباطنى من القلب وزيادة عنها ذكر بعد من اسباب الرقص
السنت جى كل من التقليد والانفعالات النفسية سيما الفزع وتهيج القناة
المعوية بواسطة الديدان وجلد عميرة والحمل ونحو ذلك ومن الواضح ان
فى كل حالة راهنة يعسر علينا وجود الارتباط السببى بين الرقص السنت جى
وهذه المؤثرات التى كثيرا ما لا يكون لها أدنى ضرر فى الصحة العامة
وأما تأثير التقليد فى احداث هذا المرض فيظهر ان ظهوره بكيفية منتشرة
فى المكاتب مما يوجه حصوله وأما تأثير الحمل فالذى يدل عليه هو كثرة حصول
الرقص السنت جى عند الحاملات الشابات ويندر ظهوره عند الحوامل قبل
انتهاء الشهر الثانى كما يندر ظهوره عندهن فى النصف الاخير من الحمل
ومتى حصل هذا الرقص عند الحاملات فالغالب انه يستمر عندهن لزمن
الوضع

﴿الاعراض والسير﴾

الرقص السنت جى يتصف بحركات فى المجموع العضلى الارادى ولا تحصل

بفعل الارادة بل بغير ارادة ولو كان الادراك غير مضطرب وهذه الحركات تحصل امافى الوقت الذى لم ترد المرضى فعل حركات ارادية فيه أو وهو الغالب فى وقت مايريد المرضى اجراء حركات ارادية وحيث انه فى هذه الحالة الاخيرة الحركات الغير الارادية تضاعف الحركات الارادية فالحركة التى يريد المرضى اجراءها امالا تتم بالكلية أو تحصل بكيفية غير تامة وغير منتظمة والانقباضات العضلية الغير الارادية فى هذا المرض تتميز بكثرة تنوعها واتحادها مع بعضها بحيث تكتسب نوع انتظام عن الانقباضات العضلية الغير المتنوعة البسيطة لكل من النوب الصرعية والاستيرية فان الاولى عند النظر اليها نظرا سطحيا بدون دقة يمكن بسهولة عدم معرفتها والتحقق منها دون الثانية وفى غالب الاحوال يبتدئ هذا المرض تدريجيا فيختفى مدة متفاوتة من الزمن وفى الحقيقة يرى ان الطفل تسقط بكثرة من يده الاشياء فتنكسر وان جلوسه لايكون فى حالة هدء وان كتابته تصير غير جيدة عما كانت اوانه عند الدق على آلة البيانو يخطئ بكثرة فينهر او يعاقب على ذلك حتى يتيقظ لنفسه والطفل مع ذلك لايعلم مابه فيصير مكدراسيئ الخلق والاضطراب العضلى يزداد ويتضح شيأ فشيأ فتصير الحركة غير منتظمة بحيث ان الطفل يتعسر عليه مسك الكوبة مثلا ويشك نفسه بالشوكة ويبتدئ فى انقلاب السحنة وكثيرا ماتتضح دفعة حالة الطفل المرضيه لاقاربه بدون تغير ظاهر فيها ومن النادر ظهور هذا المرض بسرعة بحيث تتضح من الابتداء الاعراض الواصفة للرقص السنتجى فى الدور الاخير منه

وعندما يكون هذا الرقص تام الوضوح تتعاقب الحركات العضلية المختلفة مع بعضها بكيفية متنوعة وغير منتظمة بحيث يعتبر من الصائب تسمية هذا المرض باختلاج المجموع العضلى فالحواجب تتقارب من بعضها بسرعة ثم تتباعد عن بعضها بسرعة أيضا والاجفان يتعاقب انطباقها وانفتاحها بسرعة عظيمة أو انها تنكمش برهة من الزمن والاعين تتحرك حركة دورانية والفم يصير مدببا أو منكمشا أو ينفتح بسرعة أو ينغلق و ينقبض بصفة الضحك تارة وتارة بصفة البكا وينقذف اللسان من الفم بسرعة ويلتوى الرأس فتارة يندفع الى الامام وتارة الى الخلف أوالى احدى

الجهتين وترتفع الاكتاف تارة وتارة تنخفض والاطراف العليا تفعل حركات مقلاعية ويتعاقب انبساط المرفقين واليدين والاصابع مع انقباضها وانكبابها وتقاربها مع تباعدها وتشاهد فى الاطراف السفلى حركات تشابه حركات الاطراف العليا انما تكون اقل شدة منها وكذا تشترك عضلات الجذع فى اضطراب الحركة بحيث ان العمود الفقرى ينحنى تارة الى الامام وتارة الى الخلف وتارة أخرى الى احدى الجهتين وان كان المريض مضطجعا فى فراشه شوهد ارتفاعه فجأة الى اعلى وانقذافه من الفراش وعندما يكون هذا المرض شديد الدرجة لا يكون للمرضى قدرة على الجلوس فى فراشها بل انها تنزلق على الارض واضطراب الحركة يزداد جدا عندما تكون المرضى متيقظة لنفسها أو تعلم بأنها ملاحظة من غيرها وقد يكون هذا الاضطراب فى احدى الجهتين أشد من الجهة الاخرى او قاصرا على الاطراف فقط ويندر اشتراك عضلات الحنجرة أو عضلات التنفس فى هذا الاضطراب وأما عضلات البلعوم والعواصر فلا تشترك فى ذلك قاطبة ويعسر على المرضى النوم بسبب استمرار الحركة لكن متى أمكن ذلك زال اضطراب الحركة بالكلية وتوجد بعض استثنا آت من هذه القاعدة تنسب للاحلام التى موضوعها الحركات

وتكاد تضطرب جميع الحركات ما عدا التنفس والازدراد بواسطة الاضطراب العضلى لهذا المرض ويصير التكلم غير واضح فانه يطرأ على الحركات الارادية للسان والشفتين حركات آخرى غير ارادية وعند الاكل تنزلق الشوكة مثلا وتمر من امام الفم وينكب الماء من الكوبة وقت الشرب بحيث كثيرا ما يلجئ الحال لتغذية المرضى بيد أجنبية وبعضهم لا يكون له قدرة على مد يده والمصافحة بها الا بعسر ومشقة وبعضهم لا يكون له قدرة على خلع ملابسه ولبسها وأما الاشغال اليدية الدقيقة فلا يتيسر اجراؤها بالكلية ولو فى الاحوال الخفيفة من هذا الداء وكذا فى اثناء المشى ان أمكن لا تصل الارجل لسطح الارض الا بعسر وجميع الجسم يكون مضطربا بحركات غير ارادية فيكون مشى هؤلاء المرضى ذا وصف مخصوص

وباقى الوظائف والحالة العامة لا تضطرب الا قليلا وكون خلق هؤلاء المرضى

فى حالة تغير وتكدر أمر مدرك متى علمنا انهم قد مكثوا جملة اسابيع بدون الحكم بالادارة على حركاتهم وانهم يكونون معذبين من عدم اجراء الحركة المقصودة بالارادة عندهم

ولا يندر ان تكون هيئة المرضى بهيمية أو مماثلة لحالة البله وذلك لان سحنتهم لا تكون بنسبة الحالة الانسانية الوقتية ولا يفصحون عن موضوع افكارهم وتكون مع ذلك الوظائف العقلية غير مضطربة لكن يظهر انه مع طول مدة المرض يحصل تكدر فى القوة الحاكمة وتظهر اضطرابات عقلية أخرى وقد تشتكى المرضى بألم فى الرأس والظهر لكن ذلك ليس على الدوام والتعب العضلى وان فقد بالكلية عند استمرار الحركة الا ان المفاصل المتحركة والمتوترة على الدوام تنتفخ احيانا فتصير مؤلمة ولم توجد حمى مالم تكن هناك مضاعفة ومع ذلك فالنبض يكون دائما سريعا وكل من الشهية والهضم والافرازات لا يظهر فيه تغيرات قارة لكن عند استمرار هذا المرض زمنا طويلا يحصل تغير فى التغذية العامة بحيث انها تصير انيميا وية وتقع فى حالة نحافة

ثم ان سير الرقص السنتجى بطئ فانه يندر انتهاء هذا المرض قبل الاسبوع السادس أو الثامن بل كثيرا ما يمتد نحو الثلاثة اشهر أو اربعة وفى بعض الاحوال النادرة قد يصير اعتياديا بحيث يستمر طول الحياة ويشاهد فى اثناء سيره اما ثوران أو انحطاط أو انه يأخذ فى التزايد تدريجا الى ان يصل الى اقصى درجة ويستمر على ذلك مدة من الزمن ثم يأخذ فى الانحطاط تدريجا أيضا واكثر انتهائه بالشفاء وأما الاحوال التى فيها يصير اعتياديا فانها تعد من النوادر والغالب انه يستمر فى بعض الحركات آثار من هذا المرض ولو بعد انطفائه وميل للنكسات وكذا الانتهاء بتغير مستمر فى الوظائف العقلية يعد من النوادر والموت لا يحصل الا عقب حصول بعض مضاعفات ومع ذلك فشوهدت احوال حصل فيها الموت من نفس هذا المرض وفى مثل هذه الاحوال تصل الانقباضات العضلية الى اشد الدرجات فى العنق ثم تحصل الكوما وفيها تهلك المرضى

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة السببية للرقص السنتجى فلا يمكن اتمام ما تستدعيه على الدوام

حيث اننا كثيرا مانجهل حقيقة الاسباب التى ينتج عنها هذا المرض فنى الاحوال التى فيها يكون قد سبق هذا المرض علامات الانيميا أو الايدريميا ينبغى استعمال احد المركبات الحديدية العديدة الممدوحة فى هذا الداء (وأما كون كبريتات الحديد من خمس قمحات الى عشرة اعنى من ثلاثة سنتجرام الى خمسة أو ايدروسيانات الحديد من قمحتين الى ثلاثة أعنى من واحد الى ١٥ سنتجرام الممدوحين بكثرة فى هذا المرض يفضلان عن غيرهما من المركبات الحديدية فهذا امر لا يقطع الحكم به) ومثل استعمال المركبات الحديدية فى الرقص السنتجى عند الاشخاص الاينماويين تستعمل كذلك الحمامات الكبريتية الحارة وصفصافات الصودا لاسيما عند من كان منهم مصابا من قبل بافات روماتيزمية وفى الاحوال التى فيها يتحقق من وجود ديدان معوية ينبغى ابتداء المعالجة باعطاء السنتونين أو غيره من الجواهر الطاردة للدود وفى الاحوال التى يكون قد نشأ فيها هذا الداء بطريق الانعكاس مع استمرار تأثير السبب المهيج كالتسنين الثانى أو اضطراب الهضم أو اصابة فى الاعضاء التناسلية أو استعمال السحاق أو جلد عميرة ينبغى ولا بد تبعيد مثل هذه الاسباب أو معالجتها بما تقتضيه الصناعة وأما الجواهر الدوائية التى تستعمل بقصد اتمام ماتستدعيه معالجة المرض نفسه فعددها عظيم لكن حيث كان هذا المرض ينتهى من نفسه فى ظرف ستة اسابيع أو ثمانية ولا يمكن ازالته قبل هذه المدة بتعاطى اى جوهر دوائى فن المشكوك فيه حينئذ فى كل حالة راهنة ان كان المرض زال زوالا ذاتيا أو بتأثير استعمال احد تلك الجواهر الدوائية المستمر تعاطيه مدة الستة اسابيع الاخيرة ومن حظ المرضى كون معظم الجواهر الدوائية الممدوحة فى هذا المرض ليست مضرة متى استعملت مع الاحتراس وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للاستحضارات الخارصينية لاسيما أوكسيد الخارصين الذى يمكن اعطاؤه بمقدار آخذ فى التزايد الى ٧٥ سنتجرام بل والى جرام وهناك وسائط علاجية اقوى تأثيرا فسيولوجيا ومع ذلك فايدت اقوى نجاحا من أوكسيد الخارصين وهى كبريتات الخارصين

ووالريانات الزنك وكبريتات النوشادر والنحاس ونترات الفضة و برومور البوتاسيوم وكبريتات الانلين والايريزين وأما استعمال الزرنيخ فبنى على مدح الشهير رومبرغ له والايصابه فانه أفضل من غيره من جواهر هذه الرتبة فتى اريد استعمال هذا الجوهر الدوائى المعدنى فالافضل استعمال محلول فوللير (من ٣ نقط الى ٥ ثلاث مرات فى النهار) عند الاطفال ومن ٨ الى ١٢ عند البالغين فانه افضل من غيره من الاستحضارات الزرنيخية وفى الاحوال المستعصية ينبغى ولابد استعمال الكهربائيه (بان يسلط التيار الكهربائى المستمر على النخاع الشوكى والاعصاب الدائرية بل والعظيم السمباتوى) فان تأثيره الجيد مدحه كثير من الاطباء المشتغلين بالامراض العصبية

وأما المخدرات فانها ليست غير ناجحة فى معالجة الرقص السنت جى فقط بل لاتتحملها غالبا الاطفال بحيث اذا أوصى الطبيب باعطاء بعض قمحات من مسحوق دوفير أومقدار من المورفين فى الماء بقصد احداث هدء وسكون الطفل ندم على ذلك فى صبيحة اليوم التالى وكذا الاستريكنين ولومدحه الشهير تروسو فلم يتبعه أحد من الاطباء الالمانيين فى استعماله

وفى الاحوال التى فيها يكون العمود الفقرى ذا حساسية متزايدة عند الضغط ينبغى ارسال بعض علق أو استعمال بعض محاجم تشريطية على جانبى العمود الفقرى أوالقفا ويعقب ذلك باستعمال بعض المصرفات ومع ذلك ينبغى تجنب احداث تشوه فى عنق البنات الشابات بواسطة استعمالات علاجية تخلفها اثر التحامية كما وانه ينبغى تجنب استعمال الدلك بمرهم الطرطير المقيء وأما التشلشل البارد على الظهر الذى هو اقوى الوسائط المحولة على الجلد فيظهر انه اعقب بنجاح فى اغلب الاحوال و بتثاقل عظيم فى المرض فى احوال اخرى

وأما استعمال الحمامات الفاترة لاسيما المضاف لها كبريتات البوتاسيوم (من ٥٠ الى ١٥٠ جرام على كل حمام) فمدحه الطبيب بادلوك بكثرة وانتشر استعمال هذه الطريقة فى فرانسا ولنذكر من الجواهر الدوائية المسكنة فى الاحوال الشديدة من هذا المرض استنشاق الكلور وفورم

وينبغى تكرار المشاهدات وباستعمال الاستنشاقات الكلوروفورمية مرارا مع الانتظام مدة من الزمن بدون أن تصل الى درجة احداث المخدرات حتى يتأكد لنا ان كان لهذه الواسطة قدرة على تنقيص مدة المرض ام لا وأما الربط القهرى بواسطة الاربطة أو الوسائط الاخرى كما اوصى به بعض الاطباء فى الزمن الاخير فينبغى تجربته والحكم عليه قبل استعماله كطريقة عامة منتشرة وفى اثناء النقاهة ينبغى تقوية الاحساسات الادبية عند الاطفال مع الاستمرار حتى يعتادوا على مقاومة الحركات الغير الارادية بقوة الارادة وفعلها

(المبحث الثانى فى الصرع)

(كيفية الظهور والاسباب)

الصرع لا يمكن اعتباره مثل الرقص السنت جى والتيتنوس مرضا عصبيا فى الاعضاء المحركة فان فقد كل من الحس والادراك ضرورى كالشلل حتى تتم النوبة الصرعية فالنوبة تكون غير تامة متى فقدت احدى تلك الظواهر فى كل نوبة صرعية

ثم انه يمكننا ان نعتبر من الامور المثبوتة ان تهيج الاعصاب المحركة الذى يظهر على هيئة التشنجات يكون منشأوه النخاع المستطيل والاجزاء القاعدية من الدماغ والذى يثبت ذلك الامور الآتية وهى أولا انقطاع وظائف الفصين الكريين العظيمين فى اثناء مدة التشنجات ويظهر بعيدا عن العقل ان النصفين الكريين يكون فيهما قابلية لاعطاء التنبيه المحرك فى اثناء ما تكون فيها قابلية تنبيه العقد والالياف العصبية الاخرى منقطعة وثانيا انه يمكن احداث تشنجات مماثلة للتشنجات الصرعية باحداث تهيج مستمر فى قاعدة الدماغ بواسطة التيار الكهربائى ولا يمكن احداثها بتهييج مماثل لذلك فى باقى اجزاء الفصين الكريين وثالثا ما اثبتته التجارب المتكررة ذكرها الكل من كوسمول وتينار انه يمكن احداث تشنجات مشابهة بالكلية للتشنجات الصرعية عند الحيوانات ولو بعد استئصال احد الفصين الكريين وبالجملة فان الطبيب شرودر قد وجد فى جثة الهالكين بالصرع بعد استمرار هذا المرض زمنا كثير الطول أو قليله زيادة عن التغيرات الغير القارة تمدد

الاوعية الشريانية الشعرية للنخاع المستطيل وتخنافي جدر تلك الاوعية الشعرية والحالة المرضية للنخاع المستطيل التى فيها يصل التهيج الشديد للاعصاب المحركة الناشئة من باطن هذا العضو او مارة فيه التى نسميها على وجه الاختصار بالحالة التهيجية تنتج بلاشك عن موثرات عديدة فان تجارب كل من كوبير وكوسمول وتينار وان دلت على انه يمكن احداث نوب صرعية بحجز الدم الشريانى عن وصوله للدماغ لكن هذه التجارب لاتثبت ان الانيميا الشريانية للدماغ هى السبب الوحيد فى التشنجات الصرعية وذهب شرودر انى انه يجوز القول بان تلك التشنجات الصرعية تتعلق فى الغالب بازدياد فى توارد الدم الشريانى نحو النخاع المستطيل ولاشك انه قد تحصل حالة تهيج مرضى فى النخاع المستطيل بدون ازدياد الدم فيه أو تناقصه تكون كافية فى احداث التشنجات الصرعية وهذه الحالة تنشأ عن وجود عناصر غير طبيعية عضوية أو عن وجود جواهر غريبة فى الدم كما انه يجوز القول بان النخاع المستطيل قد تعتريه حالة تهيجية مرضية بانتقال تهيج غير طبيعى من صقر بعيد عنه مركزيا كان اودائريا اذانه من الثابت فى بعض الاحوال النادرة ان كلا من الاورام العصبية او الندب الالتحامية أو الاورام الاخرى قد تحدث الصرع بضغطها على بعض الفروع العصبية الدائرية وان هذا المرض يزول بعد زوال هذه الاحوال المرضية أو قطع الاعصاب المؤثرة فيها كما ان بعض الاورام الدماغية وغيرها من امراض هذا العضو وامراض النخاع الشوكى يمكنها احداث النوب الصرعية بالامتداد البطئ التدريجى للتهيج المرضى الى النخاع المستطيل وهذه النظريات يرتكن فيها الى تجارب مهمة مفعولة فى هذا العصر الاخير من المعلم بروناسكار فى الكلاب التى جرح فيها النخاع الشوكى وظهرت فيها نوب صرعية لابعد جرح هذا العضو حالا بل بزمن ما وبالجملة فمن الثابت ان الحالة المرضية للنخاع المستطيل الناتج عنها النوب الصرعية قد توجد بكثرة فى الحالة الخلقية غير الطبيعية والوراثية

ومن الامور العسرة التوجيه انه لايشاهد فى الصرع احوال تهيجية مرضية مستمرة فى الاعصاب المحركة بل ذلك يظهر بكيفية دورية تكون منفصلة

عن بعضها بفترات طويلة جدا وهل يجوز توجيه تلك الظاهرة بكون النخاع المستطيل تعتريه تلك الحالة التهيجية زمنا فزمنا أو ذلك يؤيد الرأى القائل بان التشنج الوقتى فى الطبقة العضلية الوعائية والانيميا الشريانية الناتجة من ذلك تعتبر سببا للنوبة الصرعية أو ان تسمم الدم وتهيج اورام بعيدة من النخاع المستطيل أو غيرهما من الاسباب المتعلق بها الصرع باحداثها هذا التشنج العضى الوعائى تؤدى احيانا الى حصول النوبة الصرعية أو هل يجوز لنا كما قاله شرودر اعتبار الخلايا العصبية للنخاع المستطيل شبيهة بزجاجة (ليدا) والجهاز الكهربائى لبعض الاسماك أو ان النوبة الصرعية تشابه حينئذ الشرارة الكهربائية المنقذفة من تلك الزجاجة أو استفراغ الجهاز الكهربائى لتلك الاسماك أو ان الاحبلة العصبية فى اثناء الفترات تنشحن شيأ فشيأ بالتيار الكهربائى حتى يحصل استفراغ جديد أو ان النخاع المستطيل تعتريه حالة تهيجية مرضية مستمرة لكنها تحتاج لارتقاء وقتى فيها بتهيجات جديدة وقتية تنتقل اليه من اجزاء بعيدة عنه كالدماغ والنخاع الشوكى أو الاعصاب الدائرية أو الاعصاب الحشوية حتى تحصل النوبة الصرعية كل ذلك ليس عندنا فيه الى الآن معرفة حقيقية ولا يجوز لنا ذكر توجيهات أخرى زيادة عن النظريات السابق ذكرها

ومن الامور غير القابلة للتوجيه كما ذكرناه المضاعفة الملازمة لتلك الاحوال التهيجية فى النخاع المستطيل بحالة شللية فى النصفين الكرويين العظميين وقد اعتبر بعضهم فقد الاحساس والادراك حالة تابعية ناشئة عن التشنج وذكر بعض الاطباء انها متعلقة باحتقان احتباسى وريدى فى الدماغ ينشأ عن انضغاط الاوردة العنقية بواسطة العضلات المنقبضة وقال آخرون ان ذلك متعلق بانشحان الدم بحمض الكربون الناشئ عن الانقباض التشنجى فى المزمار وانسداده وهذه النظريات لا يمكن القول بها وتنفى بان انطفاء الادراك والاحساس يطرأ مع التشنج فى آن واحد بل كثيرا ما يسبقه وانه فى بعض احوال الصرع الغير التام يكون هو العلامة الوحيدة للنوبة الصرعية كما انه لا يعول على النظريات والتوجيه القائل به شرودر وهو انه يحصل فى النوبة الصرعية مع تشنج الاعصاب الدماغية الشوكية

تشنج فى الاعصاب الوعائية لهذا العضو بواسطة اخلية العقد العصبية للنخاع المستطيل وبذلك تحصل انيميا شريانية وشلل فى الدماغ وهذا ينفى أيضا نظريات المعلم هنرى القائل بشكل احتقانى وشكل انيماوى فى الصرع وانه فى الشكل الاول يحصل مع الاحتقان العظيم للنصفين الكريين المؤدى للشلل احتقان خفيف فى النخاع المستطيل يؤدى لظواهر تهيجية خفيفة وفى الثانى اعنى الشكل الانيماوى يحصل امتلاء قليل للاوعية الدماغية مصحوبا بتوارد دموى نحو النخاع المستطيل ودرجة عظيمة من الامتلاء الوعائى فيها فتحصل ظواهر تهيجية ولنختصر القول هنا أيضا ولا نتعرض لذكر نظريات اخرى ونعترف بان الفعل المضاد للنصفين الكريين العظيمين والاجزاء الكائنة فى قاعدة الدماغ عند حصول النوبة الصرعية امر منبهم بالكلية

وحيث لم يكن عندنا معرفة حقيقية بالنسبة لكيفية ظهور الصرع فالتقاويم الطبية العديدة بالنسبة للاسباب المهيئة لهذا المرض ليس لها الا اهمية ثانوية فاننا لا نعرف سببا من الاسباب يمكنه مع التأكيد احداث الصرع عند تأثيره على الجسم بل اننا نعترف ان جميع المؤثرات التى ذكرت فى اسباب الصرع لا تكفى بانفرادها فى انتاج هذا المرض وانها لا تحدثه الا اذا انضم لها سبب آخر مجهول علينا

وقد استنتج من التقاويم الطبية ان الصرع مرض كثير الحصول جدا بحيث يصاب به نحو الستة فى الالف والنساء اكثر اصابة به عن الرجال ولا يوجد طور من اطوار الحياة مصان عن الاصابة بهذا المرض ومع ذلك فاكثر احوال الاصابة به تقع فيما بين السنة العاشرة الى العشرين من الحياة ثم من العشرين الى الثلاثين ويندر ان يحصل هذا المرض فى سن الشيخوخة كما انه يندر حصوله حصولا خلقيا أو فى الاشهر الاول من الحياة والاستعداد الوراثى له اهمية عظمى فى حصوله فانه يوجد خصوصا عند المولودين من ابوين مصروعين ولا سيما من امهات مصابات به كما انه يشاهد عند اشخاص كان يعترى ابويهم امراض عقلية أو مدمنين على السكر وفى بعض العائلات يعترى هذا المرض جملة طبقات من نسلها

وقد لاتصاب أولى الطبقات بمعنى ان اولاد الاشخاص المصابة بالصرع لاتصاب بهذا المرض بل الذى يصاب به هو احفادها والاشخاص المنهوكو البنية والمدمنون على السكر اوجلد عميرة اكثر مصابا به عن الاشخاص السليمى البنية اقويائها ومع ذلك فلا تكون مصانة بالكلية عنه

و يعد من الاسباب المتممة لهذا المرض الانفعالات النفسية سيما الرعب الشديد والخوف ورؤية المصابين بهذا المرض ففى اكثر من ثلث الاحوال يطرأ هذا المرض حالا بعد الرعب الشديد

والتغيرات الجوهرية الكثيرة للجمجمة والدماغ طبقا لما ذكرناه كالانفعالات النفسية لاتحدث هذا المرض دائما بل عند وجود بعض امور مجهول توجيهها علينا كعدم انتظام شكل الجمجمة أو نموها الغير التام وثخن فى جدرها أو تولدات عظمية فيها وثخن أو التصاق أو تعظم فى الأم الجافية وأورام الدماغ والبورات الدماغية والاستسقاء الدماغى المزمن وضخامة الدماغ وأما تغيرات الغدة النخامية التى قال العلم ويتزل بوجودها على الدوام عند المصابين بالصرع فانها تفقد فى غالب الاحوال

وأما التغيرات الجوهرية فى النخاع الشوكى فى جثة الهالكين عقب الصرع فنادرة الوجود بالنسبة للتغيرات الجوهرية الدماغية ويحتمل ان هذا ناشئ من عدم البحث عن النخاع الشوكى بالدقة مثل ما يفعل بالدماغ

وأما الاورام العصبية وغيرها من الاورام والندب الالتحامية التى يتسبب عنها حصول الصرع أحيانا عقب ضغطها على بعض الاعصاب الدائرية فقد سبق ذكرها وبكيفية مماثلة لما ذكر يمكن ان الاحوال التهيجية غير الطبيعية للاعصاب الحساسة التى تنشأ عن تأثير مهيجات شديدة على انتهاآتها الدائرية تحدث الصرع وعلى حسب كون المهيجات أثرت ابتداء على الاعصاب الصدرية أو الهضمية أو البولية أو التناسلية أو الانتهاآت العصبية ميز للصرع عدة أشكال كالصرع القلبى والرئوى والبطنى والكلوى والرحمى لكن سهولة الوقوع فى الخطأ عند نسبة الصرع الى مهيجات أثرت على الاعصاب المذكورة أمر بين للغاية وانما الذى يقل الشك

فيه هو الصرع الرحمي حيث اننا كثيرا ما نشاهد انتقال الاستيريا الى الصرع كما اننا نشاهد ان بعض النساء قد يصاب بالصرع عند أول جماع والديدان المعوية قد تحدث بلاشك في بعض الاحوال الصرع

﴿الاعراض والسير﴾

الصرع مرض مزمن يتصف بنوب تشنجية مصحوبة بفقد في الادراك متباعدة عن بعضها بفترات خالية كثيرة الطول جدا أحيانا وفقد الادراك مدة النوبة يترتب عليه فقد الاحساس والحركات الارادية بالكلية وفي الصرع غير التام المسمى عند الفرنساويين بداء الصرع الصغير تفقد التشنجات عادة مدة النوبة أولا تكون واضحة الا بتقلصات عضلية منفردة ولا يجوز اعتبار تلك النوب نوبا صرعية غير تامة الا في الاحوال التي فيها تكون تلك النوب غير التامة متعاقبة بنوب تامة أوظهرت عقبها وكذا في الاحوال التي فيها يتقدم هذا المرض تستحيل النوب غير التامة الى نوب تامة شيأ فشيأ ثم ان النوبة الصرعية تسبق عند بعض المرضى دائما أوغالبا بحالة تسمى بالحالة البخارية أوالهوائية أوالريحية وسميت بذلك نظرا لاحساس المريض بنوع نسيم صرعي يسري من الاطراف نحو الرأس ثم يستحيل الى النوبة الصرعية ومع ذلك فهذا الاحساس لايشتكي به الاقليل من المرضى بانه ظاهرة تسبق النوبة وأكثر من ذلك حصول احساسات أخرى كالتنمل والحرارة والاحساس بتيبس أوبآلام مخصوصة تنشأ من اصفار مختلفة من الجسم وتصعد نحو الدماغ وتكون سابقة للنوبة وهذه الاحساسات المختلفة تسمى ايضا بالاحساسات النسيمية الصرعية السابقة للصرع وفي احوال أخرى يكون ظهور النوبة الصرعية بدلا عن كونه مسبوقا بتلك الاضطرابات الحساسية مسبوقا بتشنج أوشلل موضعيين وتلك الظواهر يعبر عنها أيضا بالحركات النسيمية الصرعية تمييزا لها عن الاحساسات النسيمية السابقة وبالجملة فقد تكون الظواهر المرضية السابقة للنوبة الصرعية واضحة في الاعضاء الحسية كالهلوسة ورؤية الشرر والالوان المختلفة وطنين الاذنين والاحساس بلغط اودوار وأحيانا بمرئيات عجيبة قبل حصول النوبة وهذا الشكل

الاخير المعروف بالنسيم أو الحس الصرعى من الظواهر السابقة للنوبة الصرعية لايدل على ان الصرع ينبوعه مركزى بمعنى ان التغيرات المدركة فى الدماغ هى التى أحدثت هذا المرض كما ان الظواهر المرضية السابقة للنوبة الصرعية التى تحصل فى الاطراف لايستدل منها على ان الصرع ينبوعه دائرى وهناك ظاهرة عجيبة وهو ان النوبة الصرعية قد يستشعر بحصولها من قبل فيتجنب وذلك متى أمكن عزل الجزء المبتدى فيه النسيم الصرعى بواسطة رباط قوى موضوع أعلى هذا الجزء وتجارب برونسكار المتقدم ذكرها تدل على ان هذه الظاهرة لايستدل منها أيضا على ان ينبوع الصرع دائرى فانه قد شوهد فى هذه التجارب عند الكلاب التى صرعت بالصناعة بواسطة جرح النخاع الشوكى حصول النوبة الصرعية فى كل مرة عقب تهيج الجلد فى محل توزيع تفرعات بعض الاعصاب سيما العصب التوأمى الثلاثى وفى مثل هذه الاحوال وان لم يمكن معرفة كون النوبة الصرعية سبقت بالنسيم الصرعى أم لا الا ان تلك التجارب يستنبط منها ولو فى الاحوال التى فيها كل نوبة صرعية حصلت بواسطة تهيج دائرى ان الصرع يمكن أن يكون ناتجا من تغير مدرك مادى فى جوهر الاعضاء المركزية

وأما النوبة الصرعية نفسها فانها تبتدئ بصرع حاد سواء سبقت بحالة نسيمية أو لم تسبق ومع ذلك يقع المريض على الارض فاقد الادراك ويكون وقوعه على الظهر أو على احدى الجهتين ويكاد لا يكون عنده زمن كاف لانتخاب محل جيد لوقوعه بل يقع بدون احتراس على محال خطرة غالبا كالمداخن أو الاجسام الزاوية أو السلم فانه قل أن توجد مرضى مصابة بالصرع لا يوجد عندهم أثر اصابات جرحية عظيمة أو قليلة سيما عند استقرار هذا المرض زمنا طويلا ويظهر عند المرضى بعد سقوطهم عادة تشنجات عضلية تيتنوسية وبذلك تتمدد الاطراف وينجذب الرأس نحو الخلف أو احد الجانبين وينطبق الفم وتنغلق الاعين مع حركات رحوية نحو الاعلى والاسفل ويتيبس الصدر وتقف حركات التنفس وبعد قليل من الدقائق التى فى انتهائها تنتفخ الاوردة الودجية ويزرق الوجه تستحيل

الانقباضات التيتنوسية الى انقباضات أو حركات تشنجية وهذه الاخيرة
تنتشر بسرعة على عموم الجسم فالعضلات التى كانت متقلصة متجمدة
تضطرب بحركات شديدة سريعة فتنجذب زاويتا الفم على التعاقب نحو
الانسية والوحشية وكل من الجبهة والحاجبين يقع فى حركات تشنجية وتنفتح
الاعين ثم تنغلق وينجذب الفكان بقوة الى بعضهما ثم ينجذبان فى اتجاهات
مختلفة فيسمع صكيك الاسنان ولا يندر كسر بعضها والعض على
اللسان بل قد ينخلع الفك السفلى ويظهر زبد مدمم ناشئ من حركات الفم
المستمرة ومن جرح اللسان وباطن الشدقين وينجذب الرأس جهة اليمين
واليسار والامام والخلف وبالانقباضات التشنجية لعضلات الجذع يندفع
الجسم لاتجاهات مختلفة ويحصل فى الاطراف سيما العليا حركات قوية
رافعة أو ضاربة أو التوائية تشنجية قوية جدا بحيث يحصل أحيانا خلوع
أو كسور فيها وتكون الاصابع عادة منقبضة والابهام منطبقا فى باطن
اليد بقوة وهذه الظاهرة الاخيرة تعتبر واصفة لهذا المرض عند العوام
بدون حق وفى أثناء النوبة يظهر أحيانا ان الانقباضات التشنجية تلطفت
شدتها وان النوبة آيلة للزوال لكن كثيرا ما يعقب هذا الانحطاط تثاقل
جديد فترتقى الانقباضات التشنجية الى أشد درجتها كما وان الحالة
التيتنوسية قد تطرأ فى اثناء النوبة كظهورها فى ابتدائها فتقف الحركات
التشنجية برهة من الزمن وتكون حركات التنفس فى اثناء النوبة فى حالة
اضطراب عظيم بسبب الانقباضات التيتنوسية والحركات التشنجية لعضلات
التنفس وذلك لامتناع تمدد الصدر وانقباضه تمددا وانقباضا منتظمين
وضربات القلب تكون سريعة كما يحصل فى غير ذلك من الحركات العضلية
القوية والنبض يكون صغيرا غير منتظم أحيانا والجلد مغطى بعرق وكثيرا
ما يحصل عند المرضى تبرز أو تبول غير اراديين ويندر حصول انتصاب
وانقذاف منوى والادراك فى أثناء النوبة التشنجية يكون مفقودا بالكلية
بحيث ان المريض ان وقع على مدخنة حامية جدا أو على النار لا يظهر أدنى
تألم ولا يعود لادراكه ولو وصل الحرق عنده لدرجة التفحم وأما حالة الحركات
الانعكاسية فى اثناء النوبة فقد اختلف فيها بعض الاراء ونعترف بانه لا يمكننا

ملاحظة ذلك بالدقة فى اثناء النوب الثقيلة وأما فى أثناء النوب الخفيفة وتناقص النوب الثقيلة وانحطاطها فقد تأكد لنا طبقا لمشاهدات رومبرج استمرار الظواهر الانعكاسية فالمرضى يرمشون أعينهم عند ملامسة الملتحمة وينزعجون عند صب الماء البارد على وجوههم ومن الامور العجيبة العسرة التوجيه تكون ما شاهده الطبيب هير من انطفاء قابلية الانقباض العضلى الكهربائى للاطراف والجذع عند مريض فى أثناء النوبة الصرعية ثم بعد استمرار النوبة من دقيقة الى عشر أو ربع ساعة اكثر ما هنالك ولو ان اهل المرضى تبالغ فى طول تلك المدة تنطفئ النوبة اما بالتدريج بان تصير الحركات التشنجية ضعيفة شيأ فشيأ ثم تزول أو انها تنطفئ فجأة بحيث ان الانقباضات التشنجية تعقب فجأة باسترخاء تام فى جميع العضلات وكثيرا ما تنتهى النوبة بزفير تنهدى طويل ويندر انتهاؤها بالقئ أو التجشى أو خروج غازات من البطن أو التبرز

ومن النادر أن يعقب النوبة الصرعية القوية راحة تامة بل الغالب ان تقع المرضى بعد النوبة فى نوم عميق مع تنفس بطئ خرخرى ثم تتنبه تنبيها قويا وعند ايقاظها من النوم تنظر الى ما حولها وهى فى حالة تعجب متغيرة السحنة ولم تعلم ما حصل لها وتستغرب من كونها فى أودغير أودها أو انها طريحة فى الفراش وتميل بكثرة الى تركها للنوم فى الفراش وفى اليوم التالى ولو كان لها قدرة على تعاطى أشغالها تكون فى حالة اضطراب وكآبة وتحس بفراغ فى الرأس لكن تلك الآثار تزول فى أثناء النهار

ثم انه يوجد خلاف السير السابق ذكره من النوبة الصرعية المعبر عنها بالاعتيادية اختلافات عديدة وذلك بالنسبة لمدة النوبة وشدتها وانتشار التشنجات وأهم من ذلك الاختلافات التى تعتبر أحوالا تابعية لا واسطية للنوبة الصرعية فانه وان كان الغالب ان المرضى يكون لها قدرة على تعاطى أشغالها فى اليوم التالى من النوبة تبقى عند آخرين من المرضى اما عقب كل نوبة خصوصا عقب النوبة الصرعية الشديدة المتكررة اضطرابات عقلية واضطرابات عصبية مرضية مختلفة فالاولى تكون عبارة عن نوب جنونية واضحة بحيث يلتجئ فى كثير من الاحوال الى أن توضع المرضى فى

فصار ضبط المجاذيب لاجل صيانتهم وصيانة ما حولهم من الاقارب بل وفى بعض الاحوال يلتجئ لارسالهم الى مارستان المجاذيب ولو فى اثناء الفترات وذلك للعلم بأن النوبة التالية تعقب بالجنون وفى احوال أخرى تعقب النوبة بحالة تعرف بالجنون غير التام كالميل للجرى دائما وفى غيرها يشاهد عندهم سوء أخلاق غير اعتيادى بحيث تقع فى حالة غضب شديد مثلا من أقل سبب وبالجملة فقد يشاهد ضعف فى القوى العقلية والمذكرة عقب كل نوبة يستمر بعض أيام ولنذكر أن بعض المؤلفين شاهد أحوالا مخالفة لذلك فيها يوجد عند المرضى عقب كل نوبة حدة واضحة فى التعقل

وأما الاضطرابات العصبية المحركة فنذكر منها الشلل الوقتى أو المستمر للاطراف وذلك يجوز توجيهه بانطفاء قابلية التنبية العصبى عقب التهيج العظيم للاعصاب كما ذكرنا ذلك سابقا وما عدا ذلك فقد تعقب النوبة بانطفاء الصوت أو تعذر الازدراد أو ضيق فى التنفس أو نحو ذلك

وأما الصرع غير التام فيتميز له خصوصا عند الاطباء الفرنساويين شكلان وذلك بحسب كون فقد الادراك مصحوبا بتشنجات خفيفة أو فقدها بالكلية ففى الشكل الاول المعروف بالداء الصغير الصرعى يحصل للمريض فى أثناء اشتغاله أو تكلمه دوار عظيم لكن يكون عنده زمن كاف فى الجلوس أو انه يقع ببطء على الارض بدون صريخ ويكون وجهه باهتا وأعينه ثابتة وتحصل بعض انقباضات عضلية فى الوجه والاطراف سيما العليا فانها تكون فى حالة ارتعاش خفيف وعما قليل من الزمن يعود المريض الى حالته وكثيرا ما يتلفظ بأشياء غير معقولة الى أن يزول هذا الاضطراب بعد ثلاث دقائق أو أربع بدون أن يعقب ذلك بحالة كوماوية فيمكنه الرجوع لاشغاله وأما الشكل الثانى الاخف من السابق المعروف بالدوار الصرعى ففيه لا يقع المريض بل يتكدر الادراك فقط ويظلم البصر وتصير الاعين ثابتة وينتقع الوجه ولا يحصل ارتعاش فى يديه غير انه يسقط ما بهما ويقف تكلمه وبعد قليل من الثوانى تزول النوبة فيستمر المريض على ما كان عليه من الشغل كأن لم يكن به شئ أو يتمادى فى كلامه

ومن

ومن المعلوم انه توجد أشكال عديدة بين الصرع التام (أى الداء العظيم) والصرع غير التام (اى الداء الصرعى الصغير) والدوار الصرعى كان هذه الاشكال قد تتعاقب فى مريض واحد ولا نتعرض لشرحها اذ لا طائل فى ذلك ولا يسهل شرح هذا المرض على العموم وحالة المرضى فى أثناء الفترات مع الايجاز

وقد ذكرنا فيما تقدم ان الصرع مرض مزمن فينبنى على ذلك ان الاحوال التى فيها لا تعقب النوبة الاولى الصرعية بنوبة ثانية مع طول الزمن لا تعتبر أحوالا صرعية بل احوالا أكلامبسية اى تشنجية وهو شكل مرضى لا يتميز عن الصرع الا بسيره الحاد والفترات التى فيها تتعاقب النوب مع بعضها تختلف باختلاف الاشخاص فتفقد عند بعض المرضى بنحو سنة أو جملة سنين وعند كثير منها بنحو اشهر أو اسابيع قبل أن تطرأ النوبة الجديدة وهناك مرضى تحصل لهم نوبة صرعية كل يوم مرة أو جملة مرات وعلى العموم تكون الفترات الكائنة بين النوب مشابهة لبعضها تقريبا عند الشخص الواحد ولو أن النوب فى أثناء سير هذا المرض تقرب من بعضها شيأ فشيأ سيما عند الشبان ولم يشاهد طرز غير منتظم بالكلية فى تعاقب النوب مطلقا اولو وقتيا وانما يشاهد عند النساء احيانا طرز منتظم متى كان حصول النوب فى أثناء الطمث فقط وتظهر النوب عند بعض الاشخاص فى اثناء النهار وعند آخرين فى اثناء الليل والصرع الليلى يعتبر كثير الخبث والاستعصا وفى غالب الاحوال لا يمكن معرفة الاسباب المتممة المحدثة للنوب ومع ذلك تحصل زيادة عن النوب المعروفة بالذاتية نوب تنتج بلا شك عن الانفعالات النفسية لاسيما الفزع وجلد عميرة والجماع والطمث كما ذكرناه وقد يعلم من تغير خلق المريض وتشكيه بالالم وثقل الاطراف والرأس والدوار ان النوبة قريبة الحصول وفى ابتداء هذا المرض تكون النوبة الصرعية غالبا تامة وعند تقدم سيره لاسيما فى الاشكال المستعصية منه تحصل نوب غير تامة ايضا ويندر أن تكون النوب فى ابتداء المرض غير تامة ثم ترتقى شيأ فشيأ بتقدم سيره الى أن تصير تامة بالكلية وكما ان النوب الصرعية تودى فى بعض الاحوال لاضطرابات عقلية وقتية كذلك يظهر

بكثرة فى أثناء سير الصرع المستطيل المدة اضطرابات عقلية تامة غير قابلة للشفاء وهى الاشكال الجنونية من الصرع أو البله ونحو ذلك وبقطع النظر عن العدد العظيم من المصابين بالصرع الذين تنتهى حياتهم فى مارستان المجاذيب يكاد يشاهد عند جميع المصابين بهذا المرض الذى اعتبرته الاقدمون حالة ناتجة عن غضب الهتم، تغير الحالة الطبيعية الجسمية والروحية فى مدة القوة الحاكمة تزول والقوة المذكرة والمخيلة تتناقص شيأ فشيأ وتفقد التصورات الصحية العقلية ويحل محلها تصورات وحشية كالشره فى الشهوات والمطعومات وهذا الانحدار يحمل المريض على افعال شنيعة جنائية وكثيرا ما تمنع المرضى نفسها من رؤية الانسان وتكتسب سوء خلق مخصوص معذبين لما حولهم من الاقارب ويقعون فى حالة غضب مفزع من اقل سبب وكثيرا ما تتغير كذلك هيئتهم الظاهرة عند استمرار هذا المرض زمنا طويلا فقد ذكر اسيرول ان تقاطيع سحنة المصروعين تصير شنيعة وتنتفخ الحواجب والشفتان وابصارهم يصير غير حاد وجسمهم يفقد رشاقته وقال ان هذا المرض يصير الوجه الحسن بشعا

وأما انتهاآت الصرع فاندرها الانتهاء بالشفاء ولو خالف فى ذلك بعض المؤلفين وكلما كان الصرع ناتجا عن استعداد وراثى واضح أو متعلقا باضطرابات جوهرية ثقيلة فى الدماغ واستطالت مدته وكانت نوبه شديدة وكثر ترددها وكان التأثير الذى يخلفها فى البنية ثقيلا كان العشم بالشفاء قليلا ويظهر ان هذا الانتهاء عند النساء اكثر منه فى الرجال كما انه يكثر فى الاطفال والشيوخ دون الاشخاص المتوسطين فى السن وينبغى الاحتراس من العشم بالشفاء عند تأخير حصول النوبة زمنا طويلا فانه من النادر ان ينطفى هذا المرض مرة واحدة بنوبة شديدة والذى يزيد العشم بحصول الشفاء هو ندرة النوب وضعفها شيأ فشيأ ويشاهد تغير واضح جيد فى الحالة الجسمية والعقلية للمريض وقد تزول النوب زوالا وقتيا عند بعض النساء لاجميعهن مادمن فى حالة الحمل كما انه يكاد يشاهد على الدوام حصول فترة فى اثناء سير الامراض الحادة

الحمية

الحمية وقد شوهد فى بعض الاحوال شفاء تام عقب طرو أمراض حادة أو عقب ظهور الحيض أو زوال الاوز وال الانفعالات النفسانية الشديدة وقد يشاهد عين هذا التأثير عقب ظهور بعض الطفحات وانفتاح بعض القروح ثانيا

والمرضى المصابون بالصرع وان ندر شفاؤهم وكانوا لا يعمرون غالبا يندر هلاكهم فى اثناء النوبة الصرعية عقب عوق النفس أو عقب انسكاب دموى فى الدماغ أو فى اثناء الحالة الكوماوية التى تعقب النوبة أو عقب الشلل العمومى والغالب ان يكون هلاكهم عقب تقدم الآفة الدماغية التى ينتج عنها الصرع أو عقب الجروح التى حدثت عندهم فى اثناء النوبة ولا سيما عقب امراض مزمنة ليس بينها وبين الصرع ادنى ارتباط وسنذكر الفرق بين التشنجات الصرعية والتشنجات الاستيرية عند الكلام على الاستيريا ولا يمكن طبقا الاعتقادنا جعل حد واضح بين الاكلامبسيا والصرع فان التشنجات التى تحصل فى الاحوال المستطيلة من التسمم البولى يعتبرها بعضهم متعلقة بالاكلامبسيا والبعض الآخر بالصرع

ويسهل معرفة التصنع بهذا المرض عند الاشخاص المتصنعين له فان فقد الاحساس وان موهوه بتصنعهم لا ينبغى التصور ان مثل هؤلاء الاشخاص يقلصون سحنتهم عند قرصهم أو حرقهم أو وخزهم لكن من النادر عدم تأثرهم متى كان الاحساس شديدا وأثر فيهم بكيفية غير معلومة لهم ولذا ان نصيحة الطبيب (وانسون) بأمره على رؤس الاشهاد للمنوطين بخدمة المرضى بصب ماء ساخن جدا على ارجل الشخص المتصنع بعد ان كان امر الخدمة سرا بصب ماء بارد تعتبر فكرة جيدة عقلية وجميع الاشخاص المتصنعين للصرع يكادون يطيلون النوبة جدا كأنهم يجتهدون فى احداث بعض الظواهر المعتبرة واصفة لهذا المرض كانطباق الابهام فى راحة اليد واحالة اللعاب الى زبد وطرده من الفم ومما يوقظ الشبهة بالتصنع كون الشخص المتشكى بالصرع من منذ زمن طويل لا يكون معه آثار جرحية فى الجسم أو اللسان وكثيرا ما يعرف تصنع الصرع بالوصف الغير الحقيقى للنسيم الصرعى الذى كثيرا ما يدخله

بعض الاشخاص فى تصنعهم لاعتقادهم انه ظاهرة سابقة على الدوام للنوبة الصرعية فان وصفهم لذلك كثيرا مايكون شاملا لاقوال عجيبة ومن العلامات الاكيدة الدالة على حقيقة النوبة الصرعية عدم الحدقة الذى يستمر ولو مع تعرض المقلة لضوء شديد فلا يمكن المتصنع احداث تلك الظاهرة بالصناعة مطلقا

﴿المعالجة﴾

أما الوسائط العلاجية الواقية من هذا المرض فمن اهمها ما اوصى به الشهير (رومبرج) وهو منع التزوج بالاقارب من عائلة فيها يكون الصرع وراثيا وانه لا ينبغى للأم المصروعة ارضاع طفلها بل يصير ارضاعه من مرضعة سليمة البنية

وأما اتمام الدلالات العلاجية السببية فى هذا المرض فنادر فانه بقطع النظر عن الاحوال التى فيها لا يمكن الاستدلال من تاريخ المرض على معرفة الامور المتسبب عنها لا يعلم فى الاحوال التى فيها يكون تاريخ حصول هذا المرض واضحا الا بعض امور سببية غير مهمة وفيها لا يكثر زوال الصرع عقب تبعيدها وفى غالب الاحوال يستمر الصرع الذى نتج بلا شك عن حيوانات طفيلية فى المعاء أو اورام عصبية ولو بعد طردها أو استئصال الورم العصبى كما ان الصرع الذى يكون قد طرأ عقب رعب شديد وجزع يكاد يستمر دائما ولو مع حفظ المريض من تأثير فزع آخر ومع ذلك فهو مما فى الرجاء فى النجاح لا تمتنع فى معالجة الصرع من اعتبار الامور التى ينشأ عنها مهما كانت واهية وقليلة الاعتبار فان التجارب قد دلت على ان المعالجة بهذه الكيفية قد تعقب بالنجاح ولو فى احوال قليلة فانه مع قلة التأكد من تأثير الوسائط العلاجية الموصى بها فى الصرع يكون لهذه الاحوال الاستثنائية اهمية عظيمة فمن الواجب على الطبيب حينئذ متى تصدى لمعالجة مصروع مراعاة الاحوال الصحية الظاهرية عند المريض قبل استعمال الوسائط العلاجية النوعية بان ينظم معيشته وحالته الصحية الجسمية وبان يبعد عن جميع الامور ولو الواهية التى يمكن ان تكون معينة على حصول الصرع فمن هذا القبيل منع المرضى عن تعاطى المشروبات

الروحية والمنبهات كالقهوة والشاى وكذا الاشغال العقلية والجسمية الشاقة وايصاهم باشغال جسمية أوعقلية لطيفة وذلك لان الاستعداد لهذا المرض يكثر عند الاشخاص الضعفاء المنهوكين دون الاقوياء السليمى البنية والاطفال المصابون بالصرع لاينبغى مكثهم فى المدارس جملة من الساعات بل ينبغى ارسالهم الى الخلوات للمعيشة فيها ان امكن والاتترك للرياضة فى الهواء المطلق جملة من الساعات وتستعمل الحمامات الباردة مع غاية الملاحظة كما انه ينبغى ملاحظة المرضى بالدقة ومنعهم من الافراط فى الجماع ومن جلد عميرة ومن تعاطى المشروبات الروحية وعند احداث احدى تلك الموبقات ينبغى منعهم عنها بغاية الاكراه والجبر وان وجد عند المرضى علامات الانيميا والايدريميا ينبغى مع الاغذية المقوية والمكث فى الهواء المطلق استعمال النبيذ والمركبات الحديدية وان كانت قلة الدم أوماثيته متعلقة بسوء قنية خنازيرية أوراشتسية أوزهرية ثلاثية ينبغى استعمال معالجة لائقة بذلك وعند الظن بوجود امتلاء دموى ينبغى استعمال تدبير غذائى لطيف اكثره نباتى وتؤمر المرضى بشرب المياه العذبة مع الرياضة اللطيفة وينبغى تجنب استعمال الاستفراغات الدموية العامة فان المصابين بالصرع ولووجد عندهم تحمل عظيم لاغلب الجواهر الدوائية سيما المهوعات وخلافها لايتحملون الاستفراغات الدموية

وعند وجود اثرندبية دائرية أواجسام غريبة أوأورام ينتج عنها ضغط أوأورام عصبية فلابد من استعمال طرق جراحية وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للاحوال التى فيها التشنج الصرعى يبتدئ من الاصفار الموجود فيها ذلك والتجارب الدالة على ان استئصال الاورام العصبية أوغيرها من الاورام كثيرامالاتثمر لاتمنعنا من اجراء هذه العملية لنجاحها نجاحا قطعيا فى بعض الاحوال ويوصى فى الاحوال التى فيها يكون شكل الصرع متعلقا بتغير مادى فى الدماغ أوالجمجمة باستعمال الخزام أوالمفص والدلك بالمرهم المنفط على القفا وكذا قد أوصى فى مثل هذه الاحوال بالدلك بهذا المرهم على فروة الرأس وباجراء عملية الثقب الجمجمى

وكون ثقب الجمجمة فى الاحوال التى فيها يوجد ورم أو شظايا عظمية أو تولد عظمى أو غيرها من التغيرات المرضية المضيقة لمتسع تجويف الجمجمة الضاغطة على الاوعية الدماغية له احيانا تأثير جيد فى الظواهر المرضية لاسيما فى النوب الصرعية فهذا امر يوجه بكون عملية ثقب الجمجمة تعطى مسافة للدماغ واوعيته وزيادة اتساع فى هذا التجويف وعند الظن بوجود ديدان معوية احدثت لما يسمى بالصرع البطنى ينبغى اعطاء الجواهر الدوائية الطاردة لها لكن لا ينبغى تقوية الامل الذى يوجد عند المرضى بحصول الشفاء من رؤية عقل ديدانية فى البراز بزيادة القول والوعد فى ذلك وهناك اشكال من الصرع البطنى يمكن شفاؤها بالمعالجة بمياه كارلس باد وماريم باد كما ذكره (رومبرج) وان كان الصرع رحميا ينبغى معالجة الاحتقانات والالتهابات الرحمية المزمنة والسدد الرحمية وتقرحات الفوهة الرحمية طبقا للقواعد التى سبق ذكرها فانه فى هذا الشكل تؤدى المعالجة السببية الى اكبر نجاح واوضحه

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فقد أوصى المعلم (شرودر) لاتمامها باستعمال الاستفراغات الدموية المتكررة بواسطة الحجامة التشريطية أو ارسال العلق ثم باستعمال المنفطات أو الحمصة أو الخزام فى القفا وهذا المؤلف يعتبر تلك الوسائط هى العقلية الوحيدة و يزعم ان فيها كفاءة لتنقيص قابلية تنبيه النخاع المستطيل وتلطيفها او تحويل الاحتقان منه و يقول ان غيرها من الوسائط العلاجية لا يساعد فى المعالجة الا بكونه يؤثر فى الاسباب البعيدة من هذا المرض أو فى الاحوال المرضية الموجودة فى الاحشاء أو الدماغ وسواء انضممنا الى تلك النظريات ام لا فلا بد وان النجاح العظيم الذى تحصل عليه هذا الطبيب يلجأنا لاستعمال تلك الطريقة العلاجية فقد تحصلنا فى حالتين ثقيلتين غير عتيقتين من الصرع بارسال نحو اربع علقات على القفا فى ظرف اسبوعين الى اربعة وحفظ سيلان الدم بواسطة المحاجم المرنة على نجاح جيد بالنسبة لعدد النوب وشدتها بحيث لم يدعو الحال لتكرار تلك الاستفراغات الدموية وبهذه الكيفية قد يستغنى عن استعمال المصرفات على القفا واعطاء جواهر دوائية

أخرى فان لم تثمر الوسائط العلاجية التى تكلمنا عليها فى المعالجة السببية
لهذا المرض وكذا الطريقة العلاجية المذكورة اخيرا فلابد من استعمال
الجواهر الدوائية الموصى بها فى الصرع كنوعية ومن المعلوم ان الايصاء
بأحد تلك الجواهر الدوائية مبنى على نجاحه فى احوال متفاوتة العدد لكنا
نعترف بانه ليس عندنا دلالات واضحة بالنسبة للاحوال المرضية التى
فيها يفضل احد تلك الجواهر الدوائية عن الآخر فالطبيب الاكثر مهارة
وتجارباً يعادل من هذه الحيثية الطبيب المستجد الغير المتمرن وأما استعمال
الجواهر المزيلة للحس والمخدرة ماعدا الاتروبين فنرفضه كما رفضه (شرودر)
ونرتكن فى ذلك الى الاسباب التى ذكرها وهو انه لا يقصد عند المصروعين
ازالة حساسية متزايدة ولا ألم بل القصد تلطيف قابلية التنبيه الانعكاسى
المتزايد والحركات التشنجية تبعاً لذلك وباستعمال الجواهر المخدرة يحصل
عكس ذلك اى ازدياد فى قابلية التنبيه الانعكاسية بحيث ان استعمالها
بمقدار عظيم يحدث الشلل وكذا الكلوروفورم فانه وان أزال الاحساس الا انه
يزيد فى قابلية التنبيه الانعكاسى فالشخص المعالج به يشابه الضفدعة
المقطوعة الرأس الذى ليس عندها احساس الا ان الحركات الانعكاسية
تحصل فيها بكيفية قوية وأما الاتروبين فهو جوهر قوى التأثير جدا
لكن الذي يظهر ان له تأثيرا جيدا بالنسبة لعدد النوب وشدتها ولو فى
الاحوال المستعصية جدا من الصرع ولم يشاهد شفاء تام به فى الاحوال
المستعصية وأما فى الاحوال الحديثة فلم يستعمل الى الآن وبعض المرضى
الذين استعملنا لهم هذا الجوهر الدوائى بمقدار صغير جدا وهو جزء من
الخمسين اعنى واحد مليلى لم يشكوا فقط باضطراب فى الابصار بحيث
لا يمكنهم تعاطى ادنى شغل باليد بل كذلك بجفاف مستمر فى الحلق مدة
من الساعات بحيث يمنعهم من ازدراد الاغذية الصلبة والمعلم (تروسو)
الذى اعتبر ان هذا الجوهر هو الواسطة القوية التأثير فى الصرع قد اوضح
الطريقة الآتية فى استعماله وهو انه يفعل مائة حبة من خلاصة البلادونا
ومسحوق أوراقها من كل جرام (أى ٢٠ قمحة) وفى الشهر الاول
يعطى للمريض من تلك الحبوب حبة واحدة كل يوم ويزاد فى الشهر الثانى

حبة ثانية كل يوم وهكذا بالتدريج حتى يصل من ٥ حبات الى ١٠
الى ١٥ بل الى ٢٠ أو ازيد ويعطى المقدار دائما دفعة واحدة
فان حصل تحسين وجبت المداومة على آخر مقدار تعاطاه المريض مدة
طويلة من الزمن ثم ينقص تعاطيه شيأ فشيأ بالتدريج ايضا واول شرط
فى نجاح هذه الطريقة العلاجية هو الصبر من جهة الطبيب والمريض
معا ويمكن ان يعطى بدلا عن تلك الحبوب محلول الاتروبين بقدر اثنى عشر
سنتجرام (اعنى قمحتين) فى ١٠ جرام من الكؤل المركز (اعنى
درهمين ونصف) وكل نقطة من هذا المحلول تعادل حبة من الحبوب السابق
ذكرها فيبتدأ بنقطة ويصعد بالتدريج الى ٢٠ نقطة

واما الجواهر الدوائية المعدنية المضادة للحالة العصبية فأشهرها المركبات
الخارصينية وفى العصر المستجد قد يعطى بدلا عن زهر الخارصين الذى كان
يعطى منه سابقا مقدار عظيم جدا من درهم الى درهمين فى اليوم املاح
الخارصين ولاسيما اوالرياناته وايدروسياناته ولاسيما خلاته

ويعطى من هذا الاخير ابتداء قدر سبعة ديسيجرام (اعنى ١٢ قمحة)
فى كل يوم ويزاد فى مقدار التعاطى تدريجا ويقال ان هذه الواسطة
العلاجية كبيرة النجاح فى الاحوال الحديثة وعند الشبان ولاسيما
فى الصرع المعروف بالبطنى اوالرحمى واما نترات الفضة التى اوصى بها
(هينه ورومبرج) فيعطى من ١ ديسيجرام اعنى قمحتين الى ٢ ديسيجرام
اعنى ٤ قمحات فى كل يوم ولابد من الاحتراس فى استمرار استعماله زمنا
طويلا الى ان يحصل التلون الفضى اعنى التلون المخصوص المسمر فى الجلد
واما كبريتات النحاس النوشادرى فاستعماله فى الصرع فى هذا العصر قليل
وكذا الزرنيخ

واما الجواهر الدوائية النباتية المضادة للحالة العصبية فاشهرها الارمواراى
الدمسيسة والوالريانا اى حشيشة الهر ويعطى من الاول من ثلاثة ديسيجرام
الى خمسة اعنى من ٥ قمحات الى ١٠ مسحوقا او على هيئة منقوع مجهز
بالبوزة من ٤ الى ٨ جرام واما الوالريانا فيعطى ابتداء منها قدر
أربعة جرام (اعنى درهم) ويزاد فى مقدار التعاطى شيأ فشيأ الى ان

يصل الى ١٥ جرام (اعنى نصف أوقيه) كل يوم اما مسحوقة
او على شكل المربة
والجوهر الدوائى الاكثر استعمالا فى الصرع فى العصر المتأخر هو برومور
البوتاسيوم فان كثيرا من مشاهير الاطباء يقولون مع التحقيق انه باستعمال
هذا الجوهر الدوائى استعمالا مستمرا يمكن الحصول على نتائج جيدة
واضحة للغاية ومع ذلك يوجد بعض من الاطباء المشهورين لا يعترفون بذلك
وقد شوهد من استعمال هذا الجوهر الدوائى نتائج واضحة فى بعض الأحوال
المستعصية حتى لا يمكننا انكار جودة تأثيره والعادة ان يعطى هذا الجوهر
الدوائى محلولا مركبا من ستة جرام على ١٨٠ جراما من الماء (أعنى
درهما ونصفا على ست اواق من الماء) ويعطى من هذا المحلول ابتداء
قدر ملعقتى اكل وبعد عشرة أيام اربعة وبعد عشرة اخرى ستة
ثم يصعد به مع التدريج حتى يصل الى عشر ملاعق أو خمسة عشر الى عشرين
وهذه هى الطريقة التى كان بعض الاطباء يستعملها كواسطة علاجية
سرية بعد تلوين هذا المحلول بألوان مختلفة ويظهر ان اختلاف النتائج
التى تحصلت عليها الاطباء فى هذا المرض ناتج من عدم استعماله بطريقة
واحدة مع الاستمرار ولو ان هنالك احوالا لم يثمر فيها هذا الجوهر
فى العصر الاخير وقد يشاهد عند استعماله زمناطويلا ظهور طفح حلمى
على الجلد أو رملى احيانا يزول بعد ترك استعمال هذا الجوهر الدوائى
ويظهر ثانيا عقب استعماله وبعض المرضى يشتكى عقب استعمال
هذا الجوهر الدوائى بمقدار عظيم زمناطويلا بفقد فى الشهية واضطراب فى
الدماغ وظواهر نزلية فى المسالك الهوائية تشبه ما يحصل عند استعمال
يودور البوتاسيوم بل وقد شوهد من استعماله بمقدار عظيم كذا كرمدة
مستطيلة من الزمن حالتان حصل فيهما اضطرابات عقلية خفيفة لكن
فى معظم الاحوال تفقد جميع تلك الظواهر ولذا ان تجربة استعمال هذا
الجوهر الدوائى بمقدار عظيم مع الاستمرار امر موصى به على الدوام
ومن جملة الجواهر النوعية القليلة الشهرة التى استعملت فى الصرع الحلتيت
واوراق البرتقان والنارنج وجذر الرمان وزيت الترمنتينا والزيت الحيوانى

لدبسيل والنيله ومن القواعد العامة فى استعمال الجواهر النوعية هوان يستعمل كل منها بالمقدار الموصى به كلا على حدته وان ينتقل من احدها الى الآخر بسرعة وان تعتبر التجارب المعلومة لنا الدالة على ان كل جوهر دوائى نوعى يؤثر تأثيرا جيدا مدة من الزمن ثم لا يحدث النتيجة بعينها فيما بعد اذا كان الجسم قد اعتاد عليه

وأما دلالات المعالجة العرضية فتشتمل على حفظ جسم المريض من الاصابات الجرحية التى يمكن حدوثها مدة النوبة فالمصابون بالصرع لا ينبغى تركهم بدون ملاحظة متى سمحت حالتهم بذلك وهذه الواسطة هى الاهم والاوكد فان النوم فى سرير ذى حواجز عالية كسرير الاطفال وان أوصى به لكن بهذا لا يمكن الاستغناء عن ملاحظة المريض فانه فى مثل هذه الاسرة وان حصلت له نوبة وكان وضعه على الوجه امكن حصول الاختناق عنده وينبغى تجنب ربط المرضى مدة النوبة او مسكهم مسكا عنيفا ولوى ابهامهم فكثيرا من العوام من يعتقد ان النوبة تزول متى امكن اجراء ذلك وحالة المرضى بعد النوبة تكون غالبا متحسنة مهما كانت شديدة جدا

ومن جملة دلالات المعالجة العرضية استعمال الوسائط التى أوصى بها لاجل تجنب حصول بعض النوب أو قطعها فان الضغط على بعض الاطراف الناشئ منها النسيم الصرعى غير جيد الايصاء به ولو ترتب عليه منع النوبة فان حالة المرضى بعد اجراء ذلك لا تكون جيدة كما تكون عقب ظهور النوبة من جهة ومن جهة أخرى تكون النوبة التالية للنوبة السابقة اكثر قوة وشدة وعين ذلك يقال فى استعمال المقيئات الشديدة عند ابتداء ظهور النسيم الصرعى وقد ينجح فى بعض الاحوال قطع النوبة بالضغط على السباتيين لكن اجراء هذه الطريقة فى اثناء التشنجات عسر بل مضر عند فعله من يد غير متمرنة بحيث لا يمكن الايصاء باستعماله وكذا قد استعمل فى العصر المستجد بقصد تجنب حصول النوبة استنشاق بعض نقط من نترات الاميل

﴿المبحث الثالث﴾

(فى الكزاز والتيتنوس)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

هذا المرض ذو السير الخطر الذى ينتهى فى الغالب انتهاء محزنا يطرأ على شكل تشنج مستمر بدون اضطراب فى الادراك وفيه يعترى عضلات مخصوصة تشنج مؤلم مستمر مع تعاقب واصف فتصاب ابتداء عضلات الفك السفلى ثم الوجه ثم القفا ثم البلعوم ثم الجذع لاسيما عضلات الظهر ومع ذلك فدرجة هذا التشنج المؤلم تختلف وتظهر فيه فترات هدء وانحطاط ثم ازديادو ينضم لذلك ثوران مؤلم فى قابلية التنبيه المنعكس به يعقب المنبهات الظاهرة ولو الواهية نوبة تشنج تيتنوسية بمعنى ان التقلص المستمر فى العضلات يزداد فجأة أوانه ينضم اليه نفضات عضلية متقطعة وقتية ويستنتج من هذا الثوران العظيم لقابلية التنبيه المنعكس ان مجلس هذا المرض النخاع الشوكى وعلى الخصوص جوهره السنجابى لكن الى الآن لم يثبت مع التأكيد وجود تغير تشريحى خاص بهذا المرض وطبيعته النوعية فان كلا من احتقان النخاع والبقع الاكيموزية فيه وفى أغشيته لا تعتبر تغيرات أصلية لهذا المرض وتنتج ولابد عن الاضطرابات التنفسية والدورية الثقيلة المصاحبة للتشنج أوانها تنتج عن احتقانات انحدارية رمية بل والبورات الالتهابية النضحية واللينة التى توجد أحيانا فى النخاع انما تشاهد فى الاحوال المضاعفة مالم تكن متعلقة بامراض اعتبرت تيتنوسية خطأ والارتباط الغير الواضح الموجود فى التيتنوس الجرحى بين الآفة النخاعية والاصابة الجرحية الظاهرة المتسبب عنها قد اتضح فى الاحوال التى فيها امتد الالتهاب من العصب الدائرى المنجرح الى النخاع اما امتدادا مستمرا أو متقطعا (المعروف بالالتهاب العصبى الصاعد) بل وبعض الالتهابات العصبية التى لا تصعد نحو النخاع الشوكى وتمتد اليه بل تبقى مقصورة على جزء العصب المصاب يمكنها بامتداد التهيج احداث تيتنوس أو امراض أخرى فى الاعضاء العصبية المركزية لاسيما النخاع الشوكى وبالجملة فالالتهاب العصبى ليس من التغيرات القارة الواصفة للتيتنوس

الجرحى وقد ينشأ التيتنوس تبعا للعلم (بنيديكت) بالكيفية الآتية وهى ان التهيج الدائرى يحدث بطريق الانعكاس نوع تشنج وعائى فى الاعضاء العصبية المركزية تنشأ عنه اضطرابات دورية واحتقانات بل والتهابات فى تلك الاعضاء فيما اذا لم يطرأ الموت بسرعة ومع ذلك فليست جميع أشكال التيتنوس تنشأ عن امتداد تهيج مرضى الى النخاع الشوكى بواسطة السبل العصبية المركزية بمعنى ان التهيج يمتد الى جوهره السنجابى المنوط بتوصيل الافعال الانعكاسية بل ان هذا التهيج قد يصيب الجوهر السنجابى بلا واسطة كما يحصل فى حالة ارتجاج النخاع عند السقوط على الرأس أو الظهر ولا سيما فى حالة التيتنوس التسممى فان التجارب المفعولة فى الحيوانات استنبط منها أنه فى هذه الحالة لا توجد قابلية تنبيه فى اعصاب الحس والحركة بل ان السم أثر بلا واسطة فى الجوهر السنجابى من النخاع بواسطة الدم

ثم ان التيتنوس مرض نادر وانما يكثر حصوله فى المناطق الحارة جدا لاسيما عند ذوى اللون الاسمر والاسود والاسباب الاعتيادية للتيتنوس هى الجروح وهى وان اختلفت نوعا ومجلسا يمكن أن يعقبها هذا المرض لكن يندر اصطحاب الجروح البسيطة القاطعية به دون الجروح المزقية والرضية والوخزية والجروح المصحوبة بوجود اجسام غريبة فيها وجروح الاسلحة النارية والحرق ويكثر حصوله ايضا عقب جروح فى الاطراف لاسيما الارجل والايدى دون باقى أجزاء الجسم

ويصاحب الجروح الواهية كالناتجة عن الوخز بشظايا جزئية أو بالاظافر مثلا بخلاف العظيمة والبتر والكسور ونحو ذلك وزيادة عما ذكر توجد أحوال شرحها فى العصر الاخير المعلم (چوتمن) فيها لم يوجد مع التيتنوس أدنى اصابة جرحية ظاهرية وفيها يظن ولا بد بوجود ارتجاج فى المراكز العصبية وبالجملة فقد شوهد ظهور هذا المرض أحيانا عقب اصابات مرضية باطنية كالوضع وبعض الالتهابات البليور اوية النضحية والروماتزم المفصلى الحاد المصحوب بالتهاب تامورى بل قد ذكر أنه شوهد عقب التهيج الناشئ عن الديدان المعوية وبعض من احوال التيتنوس

التى يظهر فيها ان منشأ هذا المرض مبهم بالكلية (المعروف بالتيتنوس الذاتى) يظهر ان ينبوعه متعلق ببعض هذه المهيجات الباطنية الخفية أو بالاصابات الجرحية الظاهرية الواهية جدا

والتيتنوس قد يظهر بسرعة بعد حصول الاصابة الجرحية لكن الغالب حصوله بعد عدة ايام حالة كون الجرح آخذا فى الالتحام وفى بعض الاحوال الاستثنائية قد يحصل بعد مضى عدة اسابيع عقب التحام الجرح والامر المعلوم من ان التيتنوس ينضم بكثرة لبعض الجروح خصوصا فى زمن الحرابة يستنبط منه ان هناك بعض مؤثرات ظاهرية تساعد فى حصوله كتأثير البرد والرطوبة فى المجروحين واهمال حالة جروحهم أو معالجتها معالجة غير لائقة اوالانفعالات النفسية

ومن قبيل التيتنوس الجرحى يعتبر الكزاز والتيتنوس الحاصل عند المولودين جديدا قبل التئام جرح السرة نحو انتهاء الاسبوع الاول اوفى اثناء الاسبوع الثانى والذى يشاهد عقب الختان وكذا الذى يشاهد بندرة بدون جرح عندهم وكون ظهور التيتنوس فى المولودين جديدا يتعلق زيادة عن وجود جرح عندهم بمؤثرات اخرى مساعدة على ظهوره كالهواء الغير الجيد لمسكن الاطفال والمياسما فى بعض البيوت وانخفاض درجة حرارة الجو وارتفاعها جدا (اوالحمام الساخن جدا) يتضح من الامر المعلوم وهو ان التيتنوس فى المولودين جديدا قد يحصل بكيفية منتشرة وبائية فى بعض البقاع اوالمساكن غير المتجددة الهواء ومارستانات الولادة ونحو ذلك وفى بعض الاحوال قد لا يوجد عند المصابين بالتيتنوس أدنى اصابة موضعية أو جرحية لكن المريض فيها يكون قد تعرض لتأثير البرد بكيفية متفاوتة الوضوح (كالنوم على الارض الرطبة والبلل ونحو ذلك) فيكون المحدث لهذا المرض حينئذ هو تأثير البرد (وهذا هو المعروف بالتيتنوس الروماتزمى) وكيفية حصول ذلك منبهمة علينا كحصول غيره من الامراض المتعلقة بتأثير البرد ومع ذلك فى الجائز اعتبار التيتنوس خطأ روماتزميا فى احوال توجد فيها ولا بد اصابة باطنية جرحية خفية أثرت تأثيرا مهيجا فى بعض السبل العصبية المركزية

وهناك جواهر سمية كالطيبايين المحتوى عليه الافيون والبيكرطوكسين والقهوين والبروسين والاستركينين ذوات خواص موقظة ومنبهة للفعل المنعكس من النخاع الشوكى بحيث ان المهيجات الواهية يعقب تأثيرها تقلصات عضلية تيتنوسية (وهذا هو المسمى بالتيتنوس التسممى او الاستركنينى)
ثم ان التيتنوس يظهر فى سن الطفولية والبلوغ كما يظهر عند الكهول لكن حصوله عند الشبان اكثر منه عند غيرهم ويكثر ظهوره عند الشبان الفعلة ايضا زيادة عن الشيوخ الضعفاء البنية وعند الرجال عن النساء

﴿الاعراض والسير﴾

التيتنوس يظهر فى معظم الاحوال ظهورا نادرا بحيث فالظواهر الابتدائية تكون عبارة عن جساوة وانجذاب فى القفا بحيث ان هذا المرض لا يندر اعتباره ابتداء روماتزمافى عضلات القفا ثم يحصل عسر فى حركات الفك السفلى واللسان وتعسر فى التكلم والازدراد بحيث يظن خطأ احيانا ان المريض مصاب بذبحة الى أن يتضح تشنج العضلات المضغية فيحصل انفتاح غير تام ثم يتعذر بالكلية (وهذا ما يسمى بالكزاز) ويزداد تشنج البلعوم فيتعذر الازدراد ويزداد التوتر التشنجى فى عضلات القفا فينجذب الرأس الى الخلف ويحصل تغير مخصوص فى السحنة بسبب اشتراك عضلات الوجه فتكون الجبهة والحاجبان مثنية والابصار شاخصة وتنجذب الشفتان فتتباعد عن الاسنان المنطبقة على بعضها بقوة فتصير فتحة الفم منجذبة بالعرض كحالة الضحك (وهذا ما يسمى بالضحك السردونى) فطبقا لما ذكرناه يبتدى ولا بد التهيج المرضى فى الجوهر السنجابى من النخاع المستطيل (ماعدا بعض استثناآت) اعنى فى نوايات العصب الوجهى والتوءمى الثلاثى المحرك والعصب تحت اللسان والعصب اللسانى البلعومى والاضافى لويلس ثم يمتد التهيج من هنا نحو الاسفل الى النخاع الشوكى فينتشر التشنج الى عضلات الجذع وحينئذ فعضلات الصدر والبطن المتقلصة تقلصا تاما صلبا تعوق حركات التنفس سيما مدة النوبة لكن الغالب أن

تكون العضلات الباسطة للظهر هى الاكثر مصابا بحيث انه فى أشد درجة
ارتقاء هذا المرض يكون العمود الفقرى منحنيا الى الامام والرأس منجذبا الى
الخلف (وهذا ما يسمى بالابستوتنوس) اى الخلفى وهذا الانحناء يرتقى جدا
فى أثناء نوب التشنج وفى اثناء ذلك تكون الاطراف السفلى متمددة تمددا
صلبا وقد يشاهد بندرة ارتقاء التشنج فى العضلات المقدمة من الجذع
بحيث يتقوس العمود الفقرى فى اتجاه مخالف لما تقدم (وهذا ما يسمى
بالامبرستوتنوس) اى المقدم أو ان التشنج يكون بنسبة واحدة فى العضلات
المقدمة والخلفية من الجذع فيصير الجسم فى حالة انبساط مستقيم صلب
(وهذا ما يسمى بالارتوتونوس) اى المستقيم وأما انحناء الجسم الى احدى
الجهتين المعبر عنه بالبلير وتوتنوس اى الجانبى فالظاهر انه يتعلق بالحالة
النادرة جدا التى فيها يكون التشنج التيتنوسى جانبيا بمعنى ان الاصابة
تكون قاصرة على الجوهر السنجابى من النخاع الشوكى فى احدى الجهتين
وأما الاطراف فيقل اصابتها ابتداء بالتشنج بل ان الساعدين واليدين تكاد
تبقى مصونة سيما عند البالغين ومعرفة ذلك مهمة بالنسبة لتمييز التيتنوس
عن غيره من أشكال التشنجات المستمرة كالتشنجات العامة والنوب
التيتنوسية تصطحب بآلام تشابه آلام تشنج سمانة الساقين وقد تشتد جدا
بحيث يصيح المريض من شدتها وفى ابتداء هذا المرض لا تطرأ النوب من ذاتها
لكنها تحصل بادنى سبب فكما ان الضفدع المسموم بالاستركينين يقع فى
تشنجات تيتنوسية بمجرد الدق على الطربيزة التى عليها مثلا فكذلك يكفى
أقل ملامسة للجلد أو تيار الهواء أو ارتجاج الفراش أو دق الباب أو اى
حركة تفعلها المرضى كحركة المضغ والازدراد بل مجرد تصورها فى احداث
نوبة جديدة وكل من تعذر الازدراد وظهور نوب التشنج كلما يراد اطفاء
العطش يدل على نوع تماثل بين التيتنوس وداء الكلب ومدة نوب هذا
المرض هى وكثرة ترددها قد تستمر فى الابتداء بعض دقايق ثم عند ارتقاء
المرض الى أشد الدرجات تستمر من ربع ساعة الى ساعة قبل أن يحصل
الانحطاط وهذا المرض المهول لا يحدث اضطرابا فى الادراك ولا الحواس
بل تستمر غير متكدرة الى قبيل الانتهاء المحزن ويتغطى الجلد بالعرق كما فى

عقب هذا المرض من المجهودات العضلية القوية والنبض يكون ابتداء سريعا فى أثناء النوب فقط لكنه نحو انتهائه يكون كثير السرعة والصغر وغير منتظم ولاتوجد حمى غالبا مالم يكن هناك مضاعفة جرحية وان وجدت فتكون مساء بدرجة خفيفة ومما ينبغى التيقظ له حصول ارتقاء عظيم فى درجة الحرارة قبل طرو الموت بقليل كما اثبته (وندرلش) وقد وصل هذا الارتقاء الذى شاهده فى حالة الى ٤٤ سنتيمية بل وزادت بعض خطوط بعد طرو الموت وهذا الارتقاء الانتهائى لايمكن توجيهه بقلة تولد الحرارة الناتج عن ازدياد المجهود العضلى فان مثل هذا الارتقاء فى الحرارة قد يشاهد فى احوال جرحية فى النخاع الشوكى العنقى وغيرها من امراض الدماغ والنخاع وسبب ذلك ولابد هو اضطراب المراكز العصبية المنوطة بتنظيم الحرارة

وفى الغالب يكون البول قليلا عكرا بسبب عسر الشرب وغزارة العرق وقد يكون محتويا على زلال ويحصل امساك ويتعذر النوم الذى يتمناه المرضى ويكابد مشاق كلية من تعسر التنفس وذلك انما ينتج عن تشنج المزمار لكن معظمه ناشئ عن تشنج عضلات الصدر تشنجا يجعل هذا التجويف فى وضع شهيق وعن تشنج فى الحجاب الحاجز به ينجذب الى اسفل بحيث يعقب ذلك ضجر الاختناق السريع لكن أغلب المرضى لاتنطفى حياته بسرعة بل ان نوب التشنج المصحوبة بالآلام الشديدة وضجر الاختناق تتكرر جملة مرات فى النهار و يكثر ترددها وتستطيل مدتها وتقل الفترات بينها وتصير غير تامة الى ان يقع المريض فى خدر التسمم بحمض الكربون الناتج عن التنفس غير التام فى اليوم الرابع أو السادس اوانه يعقب ارتقاء الحرارة العظيم جدا وازدياد الفعل المنعكس ازديادا مستمرا شلل فى النخاع ومن النادر ان يستمر هذا المرض جملة اسابيع الى ان تنتهى به حياة المريض بسبب الانهوكة والجوع الناتجين عن تعذر تعاطى المطعومات واما الانتهاء بالشفاء فقد يحصل فى نحو العشر الى العشرين حالة من المائة ولو ان التقاويم الطبية فى ذلك ليست اكيدة ولايغتر الطبيب بالفترات الطويلة احيانا ولو تمتعت المرضى فيها بنوم مع الهدء فان التشنج يطرأ عقب تلك الفترات بشدة عظيمة وانما ان قصرت

مدة الفترات وقل ترددها وحصل فى اثنائها استرخاء واضح فى العضلات المتقاصة وامكن المرضى تعاطى المطعومات والمشروبات يرجى حصول الشفاء ومع ذلك فحصوله بطئ للغاية ولو فى الاحوال الجيدة فقد تمضى عدة اسابيع الى ان يزول توتر العضلات بالكلية و يتم الشفاء ويعتبر من الامور الدالة على حميد الانذار كل من قلة امتداد التشنج واقتصاره على الكزاز وتقلص عضلات القفا وقلة ارتفاع درجة الحرارة وبطء السير وامتداده الى الاسبوع الثانى مع سن الشبوبية والطفولية ويعتبر انذار التيتنوس الروماتزمى اكثر جودة من التيتنوس الجرحى ولو لم يكن ذلك على العموم ويظهر ان الاحوال الجرحية التى يتأخر ظهور التيتنوس فيها بعد الاصابة الجرحية بزمن طويل تكون أحمد عاقبة من التى يظهر فيها التيتنوس عقب الاصابة الجرحية حالا أو بعدها بنحو عشرة ايام

واما تيتنوس المولودين جديدا فان شكله يتنوع قليلا بحسب الحالة الشخصية الطفلية اذ ان هجوم هذا المرض عندهم يسبق بظواهر مرضية غير واضحة فالطفل يصيح فى نومه وتتغير هيأته ويترك الثدى بسرعة ولامه يتضح ابتداء كون الطفل لا يمكنه ادخال حلمة الثدى أو الاصبع فى الفم والفكان يكونان متباعدين عن بعضهما ببعض خطوط الا أنه يتعذر تبعيدهما عن بعضهما زيادة والعضلات المضغية تكون حويات صلبة وعضلات الوجه تكون منقبضة انقباضا تشنجيا والجبهة متثنية والحاجبان منقبضين ومحاطين بثنيات متقاربة من بعضها نحو المركز وجناحا الانف يكونان مرتفعين والشفتان منقبضتين وممدتين على هيئة الخرطوم واللسان منحصرا بين الفكين وفى الغالب يبقى التيتنوس عندهم قاصرا على حالة الكزاز ومع ذلك فقد يعم جميع عضلات الجسم ويصطحب بتقلص فى عضلات الجذع وتقوس العامود الفقرى الى الامام والاطراف كذلك يعمها التشنج فى هذا الشكل من التيتنوس زيادة عن غيره من الاشكال وانذار تيتنوس المولودين جديدا خطر للغاية فهذا يطرأ الموت عادة فى اليوم الاول او الثالث عقب الانحطاط السريع ومع ذلك فقد شوهدت أحوال انتهت بالشفاء

﴿المعالجة﴾

حيث ان معالجة التيتنوس مشكوك فى نجاحها فينبغى ولابد الاجتهاد فى
تجنب ظهور هذا المرض عند المجروحين باستعمال معالجة لائقة بحالة
المجروح (بواسطة الاربطة الجيدة والاجتهاد فى سهولة سيلان الافراز
الجرحى ونحو ذلك) وكذا بتجنب تأثير البرد والمشاق الجسمية والانفعالات
النفسية وقد تيسر فى بعض الاحوال باتمام ماتستدعيه الدلالة السببية
منع حصول هذا المرض وذلك بواسطة استخراج الجسم الغريب من الجرح
وقطع العصب المتهيج وتجبير الكسور وحل رباط الاوعية واما بتر الطرف
المجروح فلا يترتب عليه طبقا للتجارب ايقاف التيتنوس بعد حصوله
ثم ان عدم اعتبار الامر المعلوم من ان بعض احوال الكزاز والتيتنوس
غير التامة قد تشفى من ذاتها ادى للوقوع فى خطاء عظيم بالنسبة لتأثير بعض
الوسايط العلاجية ومنفعتها والآن لم يبق جدال بين الاطباء الامن
حيثية البعض منها فقط فمثلا كون الحقن بالمورفين تحت الجلد مع ازدياد
مقداره بالتدريج (الى ثلاثة سنتجرام وازيد) بقرب الجرح له منفعة
زيادة عن كونه ملطفا ومسكنا للآلام والتشنج امر لم يتفق عليه الى الآن
والافيون يستعمل بكثرة من الباطن كواسطة مسكنة مخدرة لكن ينبغى
استعماله بمقدار عظيم جدا (من ٥ سنتجرام الى ١٠ سنتجرام بل
وازيد كل ساعة) للحصول على هذه الغاية وهذا المقدار ربما ينتج عنه
ضرر وكذا استعمال الحقن تحت الجلد بالاتروبين قد تحصل منه على
الشفاء احيانا لكن احوال عدم النجاح كثيرة والمستعمل الآن بكثرة
كواسطة مخدرة ملطفة هو الكلورال الايدراتى بمقادير عظيمة جدا وينسب
اليه تأثير شاف اقله فى الاحوال الخفيفة واما الكلوروفورم فتأثيره وقتى
بحيث لا يجوز حفظ المرضى فى خدر كلوروفورمى حفظا مستمرا ونوصى
باجراء التجارب فى استعمال برومور البوتاسيوم بمقادير عظيمة جدا
(من ١٥ الى ١٨ جرام كل يوم) وذلك لان له تأثيرا ملطفا فى اطفاء
قابلية تنبيه الفعل المنعكس وقد استبان من عدة مشاهدات ان استعمال
الكورار حقنا تحت الجلد يحصل انحطاط فى التشنجات التيتنوسية واسترخاء

فى

فى العضلات المتوترة وطبقا للتجارب كل من الطبيب ديم وبوش وغيرهما يكون عدد الاحوال التى شفيت بالمعالجة بهذا الجوهر الدوائى اكثر من غيرها والحقن تحت الجلد بالكورار يوافق احوال التيتنوس الجرحى والروماتزمى والتيتنوس الاستركنينى ومع ذلك فلا يخلو عن الخطر ولذا ينبغى الابتداء بمقادير صغيرة جدا (من ٧ ملليجرام الى ١٥ مللى) ثم يرتقى تدريجا الى مقادير عظيمة (من ٣ سنتجرام الى ٧ سنتى) وقد أوصى الطبيب ديم باستعمال محلول من ١٢ سنتجرام على ٢٠٠ نقطة من الماء والحقن بعشر نقط منه ويبادر بذلك من ابتداء المرض والتأثير البين لهذا الجوهر الدوائى يتضح فى التشنجات والنبض عقب دقائق قليلة ومع ذلك لا ينبغى تكرار الحقن به الابعد ثلاث ساعات اوار بعة الى أن يزول تأثيره وكذا قد استعملت خلاصة الكلابار الملطفة لقابلية التنبيه المنعكس المتزايدة واستعمالها يكون ايضا بالحقن تحت الجلد (من ٢ سنتجرام الى ٧ سنتى) و يكرر جملة مرات فى النهار وقد اختلفت الاراء بالنسبة لمنفعة تأثير التيار الكهربائى فى التيتنوس وعدمها وقد استعمل الطبيب (مندل) التيار الكهربائى المستمر فى بعض الاحوال مع النجاح بوضع القطب السلبى على العامود الفقرى العنقى والقطب الموجب على الطرف العلوى أو السفلى ويسلط تيار خفيف مدة عشر دقايق او ١٥ والاسترخاء العضلى الناتج عن ذلك قيل انه يحصل بعد جملة جلسات وعندما يكون فعل الازدراد متعذرا يجوز ادخال الاغذية والادوية بواسطة المجس المريئى امام الفم او الانف او بواسطة الحقن من المستقيم

﴿المبحث الرابع فى الاكلامبسيا الطفلية﴾

(المعروفة بتشنجات الاطفال)

﴿وتسميها العوام بالقرينة﴾

﴿تنبيه﴾ من حيث ان الاكلامبسيا النفاسية واكلامبسيا الحوامل يتعلقان غالبا بتغيرات مرضية فى الرحم المحتوى على الجنين أو بتغيرات فى المشيمة عقب الوضع او بتغيرات أخرى تحصل وقت الحمل او النفاس

فلا نتعرض لها هنا كما اننا لا نتعرض لكل من أمراض الرحم والمبيضين والمهبل المتعلقة بحالة الحمل والنفاس

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

قد ذكرنا فيما تقدم ان الاكلامبسيا الطفلية عبارة عن صرع حاد فانه فى اثناء نوب هذا المرض تحصل تشنجات مرتبطة بفقد الادراك لكن هذه النوب لم تتردد أشهرا وسنين فى فترات متفاوتة كما فى الصرع بل تكون قاصرة على بعض الساعات أو الايام وتنتهى بعد هذا الزمن اما بالشفاء أو الموت وكيفية حصول نوب الاكلامبسيا يقال فيها ماقيل فى كيفية حصول النوب الصرعية فانها طبقا لما ذكرناه سابقا يعتبر من الثابت بالنسبة للاكلامبسيا ان التنبيه المرضى للاعصاب المحركة الذى يتضح على هيئة التشنجات يتم بواسطة النخاع المستطيل والاجزاء الكائنة فى قاعدة الدماغ كما وانه يظهر من الثابت ايضا ان عين الاسباب التى يعقبها حالة تهيجية اعتيادية فى النخاع المستطيل وصرع هى التى كثيرا ماينتج عنها فى سن الطفولية حالة تهيجية وقتية حادة فى النخاع المستطيل وتشنجات تبعا لذلك ومن هذه الامور السببية نذكر أولا انيميا الدماغ فان الحيوانات التى جرب فيها كل من المعلم (كوسمول وتينسير) هلكت فى الحقيقة بالاكلامبسيا الا بالصرع كما وانه من الثابت ايضا ان الاحتقانات تحدث أحوالا تهيجية حادة فى النخاع المستطيل ونوب اكلامبسيا وقد يحصل ذلك من اختلاط الدم بعناصر غريبة وذلك يثبت من حصول التشنجات التى تنتهى بالموت بسرعة أحيانا عقب التسمم البولى أو التسمم بجواهر مخدرة ومن هذا القبيل التشنجات التى تحصل عند الاطفال بكثرة وتكون ناشئة عن تسمم الدم بالاصل الميازمى كالتشنجات التى تصحب ظهور القرمزية والحصبة والجدرى وكالتشنجات التى تصاحب الحميات الشديدة والتى لايندر أن تصاحب الالتهابات الرئوية وغيرها من الامراض الالتهابية الحادة

واما نوب التشنجات التى تنشأ عن أمراض فى الدماغ او النخاع الشوكى وتشابه فى كيفية حصولها اشكال الصرع الناشئة عن أمراض مزمنة

فى الدماغ او النخاع الشوكى لاتعتبر عادة من الاكلامبسيا بل تعتبر شكلا عرضيا من التشنجات فتتميز عن الاكلامبسيا بالمعنى الحقيقى

واما نوب التشنجات التى تنشأ عن تهيج العقد العصبية الدماغية كما يحصل ذلك من الرعب الشديد أوغيره من الانفعالات النفسية وامتداد هذا التهيج الى النخاع المستطيل منها فتعتبر من الاكلامبسيا الحقيقية وبالجملة فان أغلب حصول الاحوال التهيجية المرضية الوقتية فى النخاع المستطيل يكون ناشئا عن امتداد تهيج واقع على الاعصاب الدائرية كما يحصل ذلك من أمراض الاعضاء المتعددة لكن الواقع هنا لايكون ناشئا عن أورام عصبية ولاغيرها من الاورام والندب الالتحامية كما هو الواقع فى الصرع بل الغالب أن يكون حصول الاكلامبسيا ناشئا عن تهيجات فى الانتهاآت الدائرية للاعصاب المتوزعة فى الاعضاء المختلفة تمتد الى النخاع المستطيل وتؤثر فيه ومن هذا القبيل تعتبر تشنجات التسنين والتشنجات الديدانية والتشنجات التى تحصل من اصابات جرحية مؤلمة فى الجلد

وكما ان الفعل المضاد للنصفين الكريين والاجزاء القاعدية من الدماغ مجهول علينا فى الاكلامبسيا فليس عندنا قدرة على توجيه اصطحاب التشنجات بفقد الادراك

واما ما يخص الاسباب فنذكر انه فى الزمن الذى لم تحصل فيه الاحوال التهيجية الاعتيادية من النخاع المستطيل الانادرا يكون الاستعداد للاحوال التهيجية الحادة فيه كثيرا جدا فان الاطفال فى الاشهر الاول من الحياة والمولودين جديدا الذين يندر فيهم الصرع بالكلية يصابون بكثرة بالاكلامبسيا وينقص حصول هذا المرض بعد التسنين الاول ويكون نادرا جدا بعد التسنين الثانى وقد يكون الاستعداد لهذا المرض وراثيا فتصاب غالبا جميع الاطفال من عائلة واحدة بالاكلامبسيا ولاتعلم الاحوال المرضية من الابوين التى فيهما يحصل الاستعداد للاصابة بالاكلامبسيا عند الاطفال فان هذا المرض كما يشاهد عند الاطفال الاقوياء الدمويين يشاهد أيضا عند الاطفال ذوات البنية الضعيفة الانيماويين ويظهر ان الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الذكور من الاطفال اكثر منه فى البنات ويعد من

الاسباب المتممة لهذا المرض خلافا لما ذكر فى كيفية الحصول تعاطى اللبن بعد وقوع غضب شديد عند الام أو المرضعة حالا ولذا لا ينبغى رفض هذا الرأى مهما كان توجيهه عسرا فتتبع العادة القديمة بانه لا يعطى الطفل الثدى حال غضب الام غضبا شديدا الا بعد عصره واستفراغه اول مرة وتسكين غضبها

﴿الاعراض والسير﴾

أشكال الاكلامبسيا التى كثيرا ما تظهر فى سن الطفولية كعرض سابق فى الامراض الطفحية والالتهابات الرئوية وغيرها من الامراض الالتهابية بدلا عن القشعريرة هى التى كثيرا ما تظهر بغتة وبدون اعراض سابقة وأما غيرها من اشكال الاكلامبسيا فان نوبتها تسبق غالبا بظواهر مقدمة فالاطفال يكون نومهم مضطربا ولا يغلقون أعينهم غلقا تاما ويجذب فههم زمنا فزمنا ويحصل عندهم صكيك فى الاسنان وينزعجون بمجرد اللمس ويشاهد ولو يقظة فيهم تغير فى الهيئة والخلق فيغضبون بسرعة ولا يكون لهم ميل للعب ويبكون كثيرا وتتغير ألوانهم فى كل وقت

واما شرح النوبة الاكلامبسية فطابق بالكلية لشرح النوبة الصرعية فيظهر عادة فى ابتداء هذا المرض النوبة التشنجية الطفلية بتشنجات مستمرة فى اثنائها ينجذب كل من الرأس والجسم الى الخلف وتتمدد الاطراف وتدور الاعين وتقف الحركات التنفسية ثم تبتدئ التشنجات المتعاقبة التى تنتشر فى عضلات الوجه والجذع والاطراف وبذلك يقع الجسم جميعه فى حركات تشنجية متعاقبة ويندر أن يكون ذلك قاصرا على نصف الجسم وشدة التشنجات فى هذا المرض تشابه شدتها فى الصرع ايضا وفى أثنائها يحمر الوجه ويصير سيانوزيا خفيفا ويبرز الزبد من بين الشفتين ويتغطى الجلد بالعرق ويتمدد البطن بسبب دخول الهواء ويحصل عوق عظيم فى التنفس ويصير النبض صغيرا متوترا ويفقد الادراك بالكلية ومع فقده تنطفئ الحساسية بالمنبهات الشديدة جدا وهذه النوبة يندر أن تمضى بسرعة مثل النوبة الصرعية بل الغالب استمرارها نحو ربع ساعة أو نصف ساعة او اطول من ذلك ولذا كثيرا ما يرى الطبيب المشتغل

بالطب

بالطب العملى نوب الاكلامبسيا و ينـدر مشاهدته لنوب الصرع فان النوبة الاولى تستمر عادة الى حين وصوله للمريض وأما الثانية فانها تزول عادة قبل وصول الطبيب وقد شاهدنا من منذ سنين طفلا معه نوبة تشنجية اكلامبسية استمرت نحو الاربع وعشرين ساعة ولو مع فترات قليلة والعادة أن تنتهى النوبة التشنجية الاكلامبسية بزفير مستطيل تنهدى أو بالتبرز الغزير و يندر حصول ذلك فجأة فى أثناء ارتقاء النوبة الى أشد درجتها بل الغالب حصوله بعد انحطاطها شيأ فشيأ ثم يقع الطفل فى نوم عميق وان عاد الطبيب الطفل فى اليوم التالى صباحا يجده كأن لم يكن به شئ بل مشتغلا بالالعب ومن النادر أن يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب حصول نوب متوالية ويظن حصول النوبة ثانيا ان لم يكن نوم الطفل الذى وقع فيه بعد زوال التشنجات غير عميق بل يكون فى حالة قلق وعنده اصطكاك فى الاسنان واعتقالات عضلية جزئية فى الاطراف والنوب التالية لذلك تشابه بالكلية النوبة التى سبق شرحها ولا تختلف عنها الا بشدتها ومدتها وكثير من الاطفال لم يحصل لهم نوبة اكلامبسيا الامرة واحدة وعند آخرين تتردد تلك النوبة زمنا فزمنا وكلما كانت المؤثرات المضرة المحدثة لتكرر تلك النوبة غير معلومة قرب الظن بان النوبة نوبة صرعية لا نوبة اكلامبسيا وأما الاحوال التى فيها تكون الاسباب المتممة لتكرر النوبة قليلة الوضوح ففيها يبقى الشك بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وعلى العموم لا يمكن من اول مرة الحكم بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وذلك لان الاسباب المتممة لحصول النوبة تخفى علينا غالبا وقد يحصل الموت فى اثناء النوبة بسبب عوق التنفس وانشحان الدم بحمض الكربونيك كما انه يحصل عقب زوال النوبة اعنى فى أثناء الحالة الكوماوية عقب الانحطاط الكلى والاكلامبسيا فى الاشهر الاول من الحياة مرض خطر للغاية فان أغلب الاطفال المصابين به يهلكون وأما الاطفال المتقدمون فى السن فيكون انتهاؤه فيهم حميدا غالبا واما هلاك كثير من المرضى سواء كانوا فى سن الطفولية أو فى الاطوار المتأخرة من الحياة متى ظهر عندهم نوب تشنجات مصحوبة بفقد الادراك فى أثناء سير الامراض الدماغية

أوالنخاعيــة الشوكية الحــادّة فهذا أمر واضح ومع ذلك فلا يقال ان هلاك مثل هؤلاء الاشخاص حصل من الاكلامبسيا وعين هذا يقال فى الامراض الناشئة عن الاكلامبسيا فان نوب هذا المرض ان اعقبت بالبــله اوالشلل اوالحول اوغــيرهامن الاضطرابات الثــقيلة كان هــذا ولابد دليــلا قطعيا عــلى ان النوب تعلقت باضطرابات غــذائيــة فى الاعضاء العصبية المركزية

﴿المعالجة﴾

من الامور العسرة بل المتعذرة غالبا الحكم فى كل حالة راهنــة عند طفل مصاب بفقد الادراك مصحوب بنوبة تشنجية ان كان هــذا ناتجا عن احتقان الدماغ او قلة الدم فيه اوكان هناك اضطراب آخر فى دورة الدماغ نتج عنه ذلك ولذا كان من الجيد التمسك بالامر الآتى وهوانه ان كان الطــفل المصاب متمتعا فى السابق بصحة جيدة وكانت حالة بنيته قوية دموية أن يستعمل له حقنة مركبة من جزء من الخــل وثلاثة أجزاء من الماء البارد وتغطيــة رأسه بالوضعيات الباردة أوالجليدية وان لم تزل التشنجات عقب استعمال ذلك ينبغى ان يوصى له بارسال علق خلف الرأس بكمية مناسبة لحالة بنيته وســنه ولايمكن ان يعطى له جواهر دوائية مدة النوبة لكن عقب زوالها ينبغى عنــد الخوف من تردّدها ان يعطى له مسهل مركب من الزيبق الحلو والجلبــة اويعطى بعض مقادير صغيرة من الزيبق الحلو وزهر الخارصــين واماان كان الطفل ضعيف البنية ومنهوكا من حالة مرضية مستطيلة فينبغى ان يعطى له حقن من منــقوع البابونج اوالوالريانا مع بعض نقط من صبغة الكاستوريوم فان لم تنجح هذه الواسطة يستعمل له حقن من مستحلب الحلتيت من ٥ ديسيجرام الى واحد جرام على ١٥٠ جرام من المستحلب (اعنى من نصف جرام الى جرام على ست أواق من الماء) وتوضع الضمادات الخردلية عــلى الساقين ويستعمل كذلك حمام فاتر وعنــد ماتزول النوبة بالكلية يمكن استعمال طرق علاجيــة أخرى ومن المعلوم أنه بقطع النظر عن الاحوال التى فيها تكون الاكلامبسيا عرضا لمرض فى الدماغ اوناتجــة عن التسمم البولى أوعرضا ابتدائيا لمرض حاد يكون من المهم معرفة الحكم

عـلى قسم المجموع العصبى الواصل منه التهيج المرضى الى النخاع المستطيل اذ بهذا الحكم يتعلق نوع المعالجـة بان كان الواجب اعطاء مسهـل او مقئ اوجوهر مضاد للتخمر المعـدى أوطارد للـدود أوبان كان يجب استعمال طريقـة علاجية أخرى كشق اللثـة أواخراج جسم غريب او تنقيص درجة حرارة الجسم ونحوذلك واما اعطاء كل طفل حصلت عنده نوبة اكلامبسيا الزئبق الحلو بمقدار مسهل ثم الزئبق الحلو مع زهر الخارصـين بمقادير صغيرة لاجل تجنب عودها ثانيا فأمر لانوصى به عـلى الدوام وان أعقبت النوبة بحالة كوماوية ثقيلة وجب استعمال النطولات الباردة وان أعقبت بحالة انحطاط خطرة وجب اعطاء المنبهات كالنبيذ والكافور والمسك واستعمال المحـولات عـلى الجلد والحمامات الفاترة ونحوذلك وفى العصر المستجـد استعمل بكثرة فى هذا الداء كل من الكلورال الايدراتى من ٥,٠ ـ ٥,٠ الى ١٥ ـ ٠ (اعـنى من قمحة الى ثلاثة كل ثلاث ساعات) على حسب سن الطفل وبرومور البوتاسيوم الممدوح فى الصرع ويمكن استعمال كل من هـذين الجوهرين على شـكل حقن

(المبحث الخامس)
(فى الاستريا)
(وتسمى عند الاقدمين من الاطباء بالاختناق الرحمى)

الاسـتريا لايمكن ادخالها تحت نوع مخصوص من الامراض العصبيـة كما أجرينا ذلك فى الصرع والاكلامبسيا الطفلية فانه يكاد يوجـد دائما فى هـذا المرض المختلف الاشكال اضطرابات فى الحس والحـركة والوظائف العقليـة وفى المجموع العصبى الوعائى والمغـذى فى آن واحـد وتارة يتضح نوع من الاعراض وتارة آخرى يتضح الآخر ولا ينـدر أن يوجـد ثوران وازدياد مرضى فى قابلية تنبيه بعض اجزاء المجموع العصبى يظهر عـلى شـكل ثوران فى الاحساس اوتشنج ويكون ذلك مضاعفا بتـقد أوتناقص مرضى فى قابليـة تنبيـه بعض اجزاء اخرى من هـذا المجموع تظهر عـلى شـكل تناقص فى الحس اوالشـلل والى الآن لم يمكن الجـواب مع التأكيد عن المسـئلة المتـعلقة بكون الاضطرابات العصبيـة العـديدة

للاستريا (ولو كانت غير ناشئة عن تغيرات مادية فى الاجزاء العصبية) مصيبة للاعضاء العصبية المركزية أوالدائرية منها فان معظم المرضى وان كان كثيرا لحساسية من المنبهات الظاهرية الان ذلك كما يمكن نسبته لثوران فى قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية يمكن ايضا نسبته الى ثوران فى قابلية تنبيه بعض اجزاء الدماغ التى اليها تصل الاحساسات وتصير مدركة فيها والقول الاول يعترض عليه بعظم انتشار ثوران الحساسية وبالاضطراب الحاصل فى الوظائف العقلية والقول الثانى ينتقض بكون ثوران الحساسية المذكورة يكون مرتبطا بازدياد عظيم فى الفعل المنعكس فان هذا الاخير لا يمكن أن يصدر الاعن ارتقاء فى قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية اوعن ارتقاء فيها وفى قابلية تنبيه العقد العصبية النخاعية الشوكية معا ولذا أن النظريات المعوّل عليها فى الاستريا هى ماقاله الطبيب (هيس) من أن ينبوع هذا المرض اضطراب غذائى فى جميع المجموع العصبي دايريا كان أومركزيا

والامر المعلوم من ان الاستريا مرض يكاد لا يوجد الا عند النساء خصوصا من ابتداء زمن البلوغ الى زمن انطفاء الوظائف التناسلية ادى للقول بان الاستريا مرض فى عموم المجموع العصبى ناشئ من تغير غذائى فى أعصاب الاعضاء التناسلية وهذا التوجيه وان كان غير مطلق الا انه يوافق معظم أحوال هذا المرض وقد تحقق لنا من الظواهر المرضية العديدة التى تكلمنا عليها فى المباحث السابقة ان الاحوال المرضية للاعصاب المصابة كثيرا ما تمتد الى غيرها من الاعصاب أوالى الاعضاء العصبية المركزية ايضا فيجب علينا ان نقول حينئذ بطريقة المقارنة ان الاحوال المرضية لاعصاب الاعضاء التناسلية يمكن أن تنتشر فى باقى اعصاب الجسم وتمتد اليها والى الاعضاء العصبية المركزية ايضا ويظهر ان الاضطرابات العصبية الخفيفة التى هى عبارة عن ثوران فى الاحساس وازدياد فى ظواهر الفعل المنعكس والاضطرابات العقلية التى تظهر فى زمن الحيض عند كثير من النساء الاصحاء البنية متعلقة بتغيرات من هذا القبيل وتكون حينئذ مشابهة للاستريا الناشئة عن احوال مرضية فى الاعضاء التناسلية وفى بعض أحوال

الاستريا لايشك فى نوع هذا المنشأ وذلك ان ظهرت الاستريا الواضحة عند امرأة سليمة البنية الى هذا الوقت أعنى عقب الاجهاض أو الولادة العنيفة المتلوة بتغير التهابى فى الرحم واستمرت الاستريا مادام التغير الرحمى مستمرا وزالت متى تيسر شفاء المرض الرحمى اذ من الواضح فى هذه الحالة ان مرض الرحم هو الينبوع الوحيد فى الاضطرابات العصبية المنتشرة المتنوّعة التى يعبر عنها بالاستريا وجميع أمراض الرحم والمبيضين ليس له تأثير واحد فى احداث الاستريا فاكثر حصول هذا المرض يكون امام التهابات الرحم المزمنة ولاسيما من تقرحات فوهته وعلى الخصوص من احتقاناته وسيلاناته ويندر أن تصاحب الاستيريا التولدات المرضية الخبيثة والتغيرات المرضية المفسدة لهذا العضو وبالنسبة لامراض المبيضين فان الاكياس الصغيرة الحجم الممتلئة باسنان وشعر تحدث الاستيريا اكثر من الاكياس العظيمة

ومن الجائز فى بعض الاحوال ان التهيجات التناسلية كالتى تنتج عن الجماع المتكرر أو الغير التام أو السحاق او عن مجرد الشهوات التناسلية تؤثر على المجموع العصبى بكيفية مشابهة للامراض الرحمية الجوهرية السابق ذكرها لكن لا يجوز القول بنسبة جميع احوال الاستيريا التى فيها لا يمكن اثبات وجود تغيرات جوهرية فى الاعضاء التناسلية الى تهيج الشهوات التناسلية واحداثها بكيفية غير طبيعية فان القول بذلك يدل على عدم معرفة طبيعة النساء معرفة حقيقية ولذا املنا القول بذلك فى احوال عديدة لكن لا نعتقد ان جميع النساء العزبات والبنات الابكار الطاعنات فى السن المصابات بالاستيريا والغير المكابدات لامراض جوهرية فى الاعضاء التناسلية معتدات ومتماديات على احداث الشهوات التناسلية الغير الطبيعية

وعند وجود استعداد واضح للاستيريا يمكن أن ينشأ هذا المرض من اصابة مرضية فى عضو آخر فقد شوهدت أحوال واضحة منه عند البنات الشابات المصابات بامراض مزمنة فى المعدة وكانت الوظائف التناسلية عندهن على حالتها الطبيعية

ولننضم الى رأى هس الذى تكلم كلاما شافيا على اسباب الاستيريا وذكر ان كثرة حصولها عند النساء الخاليات عن الاطفال والعزبات والابكار الطاعنات فى السن اللواتى من ذوات البيوت متعلق بمؤثرات نفسية لا طبيعية عضوية ومن المعلوم ان تأثير المؤثرات النفسية الشديدة يتضح فى فعل المجموع العصبى عند الاشخاص الاصحاء البنية ألا ترى ان بعض الاشخاص يحصل لهم من تأثير الرعب الشديد مثلا حالة ارتعاد شديدة بحيث لا يتحركون من محلهم وان بعضهم يقلص قبضة يده قابضا عليها او يعض على شفتيه ويفعل حركات تنبيه ارادية ويكون عنده قلق وضجر عظيمان بدون ان يكون ذلك متعلقا بفعل الارادة ألا ترى ايضا انه بتأثير الفزع الشديد أو تألم نفسى قوى قد يحصل فقد تام فى الاحساس وانه عقب الاشغال العقلية الشاقة لا يندر أن يشاهد حصول ثوران غثلى عظيم الا ترى ايضا اننا كثيرا ما نشاهد بتأثير الانفعالات النفسية حالة تنبيه فى المجموع العصبى الوعائى الغذائى بحيث تحمر الوجنتان او تنتقع وتنكمش عضلات الجلد أو تسترخى بحيث يحصل ازدياد فى الافراز الدمعى واللعابى ومتى كانت هذه الاضطرابات العصبية المنتشرة ناتجة عن مؤثرات نفسية وقتية فمن الواضح والقريب للعقل حصول اضطرابات عصبية مستمرة عند النساء اللاتى يئسن من الحصول على اربهن ووقوعهن فى حالة اضطراب عصبى مستمر ونحن وان اعترفنا بان الكيفية التى بها تحدث المؤثرات النفسية المستمرة تنوعا فى تغذية المجموع العصبى والاستيريا غير واضحة التوجيه لا يجوز لنا أن نقول ان عندنا تحقيقا واضحا فى كيفية انتشار الحالة المرضية من الاعصاب التناسلية على باقى المجموع العصبى والاضطراب النفسى الذى يؤدى لحصول الاستيريا لا يتعلق بالاحوال الخارجية للشخص بل من كيفية ادراكها وتصورها فان الامر المصادف لاحد الاشخاص ويمر عليه بدون ان يترك عنده ادنى أثر قد يؤثر عند شخص آخر تأثيرا عميقا ويكون ينبوعا لحزن مستطيل عنده فتنضم هذه الحيثية الى ماذكره (هس) من ان الاستيريا كما انها قد تنشأ عند امرأة من زواجها الرجل فاقد قوة الباه قد تنشأ ايضا عن الاحساس العميق المحزن الناتج عن التصور بان بعلها ليس كفؤا لها

ولالاتمام ماتقتضيه مقاصدها ولوكانت قوة الباه عنده في الحالة الطبيعية وعين الاضطرابات الغذائية التي تحصل في المجموع العصبي بواسطة أمراض اعضاء التناسل أو بواسطة اسباب نفسية يمكن حصولها بحالة غير طبيعية في العناصر المغذية والذي يدل على ذلك كثرة حصول الاستيريا في أحوال الايدز يميا والخلوروز بدون وجود امراض في الاعضاء التناسلية وتهيجات شهوية او اعتياد على السحاق وعقب المؤثرات النفسية التي سبق ذكرها

ثم ان الاستعداد للاصابة بالاستيريا كثير الانتشار ومع ذلك فهو يختلف باختلاف الاشخاص فان الاستيريا لا تصيب جميع النساء المعتريهن التهابات رحمية مزمنة اوسيلانات من هذا العضو أو تقرح في عنقه كما انها لا تصيب الابكار الطاعنات في السن اللاتي يعتقدن عدم اتمام واجباتهن في المعيشة كما انها لا تعترى جميع البنات المصابات بالخلوروز ويندر أن تشاهد ظواهر واضحة من الاستيريا عند البنات قبل سن ١٢ الى ١٥ سنة كما ان هذا المرض نادر في سن الشيخوخة وكل من البنية والمزاج ليس له تأثير واضح في ازدياد الاستعداد للاصابة بهذا المرض وعكس ذلك يقال بالنسبة لنوع المعيشة والتربية عند البنات فان لهما تأثيرا واضحا في زيادة الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان كانت البنات غير معتادات على الحكم عليهن وكان الابوان مهتمين باتمام جميع مقاصدهن ولو الواهية وتركاهن يهلكن انفسهن من البكاء والتقلب على الارض بأقل سبب وخشيا من تربيتهن والحكم عليهن وتأديبهن بل تركاهن لغضبهن فحينئذ لابد وان يكن عرضة فيما بعد للاصابة بالاستيريا فاننا قد ذكرنا فيما تقدم ان هذا المرض لا يحصل بواسطة الامور الخارجية عن الشخص بل بالكيفية التي تؤثر على عقله ولذا ينبغي تعود البنات على الشغل وحسن السير والحكم عليهن كما انه يجتهد في منع البنات المراهقات من استغراق جميع النهار باشغال فكرية كقراءة كتب الغزل ونحوها مما يهيج قوة التصور بل يصير تعودهن على الاشغال المنزلية الجسمية وبذلك يمكن تجنب حصول الاستيريا فيما بعد عندهن

والاستيريا عند الرجال ظاهرة نادرة جدا ولذا يقال فى مثل هذه الاحوال ان الاستعداد عندهم للاصابة بهذا المرض ناشئ من احوال شخصية تكسيرية بمعنى ان هذا الاستعداد يتعلق عندهم بحالة تخنث ففى الاحوال الواضحة من الاستيرياء عند الرجال كانت الاشخاص المصابة ذوات مشى وخصال مؤنثة وماعدا ذلك فانهم كانوا ممتنعين عن الاشغال الجسمية ومنهمكين على التهيجات الشهوانية التناسلية او على جلد عميرة

﴿الاعراض والسير﴾

لا يمكن شرح الاستيريا شرحا عاما بسبب كثرة اختلاف اعراضها وتضاعفها العديدة لبعضها ولذا اننا من هذه الحيثية نستروح لشرح هذا المرض بطريقة عامة وشرح كل عرض على حدته فنقول

اما الاضطرابات الحسية فهى الظواهر المرضية الكثيرة الحصول فى هذا المرض وتكاد لا تفقد فى جميع الاحوال ونذكر من جملتها أولا ثوران الحس العمومى الذى تسميه العامة بالضعف العصبى وهذا العرض كثيرا ما يكون هو الوحيد بدون مضاعفة باضطرابات أخرى وثوران الحس العمومى هذا قد يظهر بصفة حدة الحواس ودقة فيها فان بعض المرضى قد يمكنه بواسطة اللمس ادراك الفرق الواهى فى الثقل والحرارة ومعرفة السطح الظاهرى من الاجسام حالة انغلاق الاعين وتمييزها عن بعضها تمييزا لا يتيسر أجراؤه من الاشخاص السليمين ومن الواضح ان تلك الصفة تؤثر على العموم بكيفية عجيبة وتكون سببا فى اعتقادات فاسدة غريبة وغش عظيم

وكثير من المرضى من يتسلطن عندهم حاسة الشم حتى تفوق وجودها فى بعض الحيوانات فيتيسر لها بكيفية عجيبة بواسطة الشم تمييز اشياء أو اشخاص لا يتيسر تمييزها عن بعضها لغيرهم ويسمعون ويدركون مشى الاشخاص ولو كانت بعيدة وكذا يشاهد عندهم أمور عجيبة بالنسبة لدقة حاسة الذوق ومن الجيد بالنسبة للمعيشة الانسانية كون ثوران الاحساس عند المصابات بالاستيريا من الامور النادرة والا كان يترتب على ذلك كثرة عدد المدعين بمعرفة الاسرار والنظر فى المستقبل

واكثر من ذلك مشاهدة ثوران الاحساس عند المصابات بالاستيريا الذى

يتضح عندهن بصفة الضجر والقلق ويكون ناتجا عن تهيج خفيف في اعصاب الحس فان الشخص السليم وان كان لايتألم ويضطرب عادة الامن الغاط من بحة اوروائح شديدة اومواد مرة الطعم جدا اوحريفة اومن الضوء الشديد والالوان الساطعة نجد ان النساء الاستيريات لايطقن بالكلية التكلم معهن بصوت مرتفع ويرغبن في التكلم بصوت واطئ جدا (المعروف بالوسوسة) ولايطقن وجود زهرة من الازهار في اودهن فانهن ينزعجن من رائحتها ولو كانت خفيفة ويتجنبن المطعومات مهما قلت كمية الافاويات المضافة اليها وبعض النساء الاستيريات لايتحملن ضوء النهار ولايطقن ان يتقرب منهن أحد يكون معه مثل منديل أحمر وينضم لهذا الاحساس العظيم من المؤثرات الخفيفة جدا ايديوسنكرازيات مخصوصة اى فبعض المنبهات مثلا يحدث عند الاشخاص السليمين تأثيرا مزعجا بصفته لابقوته يحدث عند النساء المصابات بالاستيريا احساسا لذيذا والعكس بالعكس بمعنى ان المهيجات التي تحدث بصفتها عند الاشخاص السليمين تأثيرا جيدا تؤثر على حواس النساء المصابات بالاستيريا بكيفية مزعجة واكثر من ذلك معرفة الظاهرة المعلومة من ان النساء الاستيريات يرغبن بكثرة في رائحة الريش المحرق ويتعاطين بدون اقتضاء كمية عظيمة من الحلتيت ومع ذلك لايطقن ولا يتحملن رائحة مثل البنفسج والفل وغيرهما من الروائح المقبولة عند الاشخاص السليمة

وزيادة عن علامات الثوران في قابلية التهيج المرضية تشاهد أحوال تنبيهات مرضية في الاعصاب الحساسة ايضا لاتكون مماثلة للسابقة ومن هذا القبيل تعد الآلام العصبية كالألم العصبي الوجهي والصداع والألم العصبي الثديي والوركي فان جميع هذه الآلام العصبية تشاهد بكثرة عند النساء الاستيريات وينضم لذلك الألم الشديد جدا الذي يكون قاصرا على صفر محدود صغير من الرأس في محاذاة التدريز الجداري وتعبر عنه المرضى بشبه مسمار موضوع في محل محدود ولذا يسمى بالألم المسماري الاستيري وكذا يوجد عندهن على الدوام آلام في الظهر تزداد عند الضغط وآلام مخصوصة في المفاصل تعرف بالآلام المفصلية الاستيرية وهذه الآلام

التى شدتها واستيطانها فى المفصل المصاب يمكن اختلاطها بالتهابات مفصلية وكذا قد يشاهد أحوال مرضية تهيجية فى اعصاب الحواس لا تكون متعلقة بتنبهات طبيعية فيها فبعض المرضى يشم دائما رائحة مخصوصة أو يحس بذوق طعم مخصوص وبعضهن يشتكى على الدوام بطنين فى الاذنين ودوى او بشرز امام الاعين

ومن المستغرب وجود تناقص فى الاحساس او فقده بجوار الظواهر التى سبق ذكرها وهى عبارة عن ثوران قابلية التنبيه وارتقائه ارتقاء مرضيا وتناقص الاحساس او فقده هذا اما أن يكون قاصرا على جزء محدود فى الجسم او منتشرا فيه ومن المشكوك فيه كون فقد الاحساس هنا متعلقا بتناقص فى قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية او بانطفائها فى بعض اصقار محدودة فى المراكز العصبية و يعسر علينا فى كثير من الاحوال الحكم بان كانت المرأة الاستيرية معتريها تناقص فى الاحساس او فقده او انها تشتكى بذلك من نوع العجب فانهن لا يشتكين بالاحساس بالألم عند وخزهن فى اصقار محدودة أو قرصهن وحرقهن فاذ وجود ظواهر العجب عند النساء الاستيريات اوّلا يشك فيه ولو علمت النساء المرضى ان فقد الاحساس أمر عجيب عسر التوجيه لازداد عدد النساء المشتكيات ازديادا عظيما وقد شاهدنا حالة استيرية فى امرأة كانت لا تفعل ادنى تقلص فى سحنتها عند كيها بالحديد المحمى على ظهرها كيا اشريطيا ومع ذلك لم يكن عندها اثر يدل على فقد الاحساس فى جلد ظهرها وجميع اضطرابات الحس المذكور تنسب لحالة تهيج مرضى فى اعصاب الجلد والحواس ويتضح لذلك عند النساء الاستيريات اصابات اضطراب فى حساسية الاحشاء الباطنية فاننا فى الاحوال الصحية لم يكن عندنا أدنى اشعور اوشعور واه بحالة الاحشاء الباطنية مادامت تلك الاعصاب سليمة بحيث لا تعلم ضربات القلب الا عند وضع اليد وتنفس بدون أن يصل ذلك الى حاسة الادراك ولا يدرك فعل المعدة ولا المعاء ولا الكليتين فى الحالة الاعتيادية و يشاهد ان النساء الاستيريات تشتكين باصابات مخصوصة متنوعة عجيبة فى وظائف احشائهن الباطنية فيكاد جميعهن يشتكى بخفقان

فى القلب ونبض متعب فى جميع الاوعية وان بحث الطبيب عن ضربات
القلب او عن حالة النبض تأكد ان هذه الاصابات شخصية وان ضربات
القلب لم تكن متزايدة وان النبض لم يكن قويا ولا ممتلئا وعين ذلك يقال
بالنسبة لاحتياج التنفس فبعضهن يشتكى احيانا بضجر شديد وضيق
عظيم فى التنفس ويتنفس تنفسا عميقا شاقا ومع ذلك عند البحث عن
الاعضاء التنفسية لاتوجد تغيرات مرضية لافى المسالك الهوائية
ولافى الدورة ولافى التبادل الغازى التنفسى بها يمكن توجيه اضطراب
التنفس وضيقه بل ان الواقع هو ثوران الحس أواضطرابه وجميع النساء
الاستيريات تشتكين ولو كان الهضم عندهن فى اتم الدرجات بضغط وامتلاء
فى قسم المعدة أو بآلام عصبية فيه ويذكرن انه يوجد عندهن خلاف
المغص الذى يعتريهن احيانا حقيقة احساسات عجيبة فى قسم البطن
و يظهر ان من هذا القبيل ايضا التشكى بالعطش الشديد المحرق الوقتى
والزحير البولى المتكرر بدون امتلاء المثانة ولا تغير جوهرى فيها
ومن المستغرب ندرة الاصابات المتنوعة المرضية فى الاعضاء التناسلية
نفسها فان ازواج النساء الاستيريات يشتكون فى الغالب بعدم ميل
نسائهم للجماع وبقلة حساسيتهن فى اثنائه (وهذا ضد مايظن عموما)
ومن النادر أن يشاهد عموما عند النساء الاستيريات الفاحشات ثوران فى
حساسية الجماع وقابليتهن له وقد يكون بعكس ذلك فى بعض احوال هؤلاء هن
بدون وجود تغيرات جوهرية فى الاعضاء التناسلية وكذا اضطرابات
الحركة يكثر مشاهدتها فيهن فانها تكون عندهن عديدة ومتنوعة
كاضطرابات الحس وتكون فى الغالب عبارة عن تشنجات استيرية
ولا يشك فى أن التنبيه المرضى للاعصاب المحركة الناشئ عنه التشنجات
الاستيرية يكون ينبوعه آتيا من النخاع الشوكى والنخاع المستطيل
فانه من العلامات المشخصة للتشنجات الاستيرية كونها لا تصطحب
بفقد فى الادراك مطلقا ويعتبر ينبوع هذه التشنجات عادة انعكاسيا
بمعنى ان النخاع الشوكى هو العضو المتوسط فى انتقال التهيج الآتى من
الاعصاب الحسية الى الاعصاب المحركة وحيث ان هذه التشنجات كثيرا

ماتنتج عن منبهات تؤثر على الاعصاب الحسية اوأعصاب الحواس وانها في احوال أخرى تعقب المنبهات النفسية بدون توسط الارادة كان القول السابق مرتكنا الى اساس قوى وينبغى فى الاحوال التى فيها تظهر التشنجات ظهوراذاتيا ان توجه بكون المنبهات التى أحدثتها اختفت علينا وقد تكون التشنجات الاستيرية فى بعض الاحوال عبارة عن تشنجات فى بعض الاعضاء خصوصا الذراعين وكثيرا ماتتردد هذه التشنجات بفترات قصيرة عند تنبه احساس المرضى اوعندماتؤثر منبهات خفيفة على اعصاب اللمس اوالحواس الشريفة وفى أحوال اخرى تكون تلك التشنجات ممتدة فى جميع عضلات الجسم بشدة متفاوتة وتظهر بنوب شديدة بحيث تكاد تكتسب هيئة التشنجات التيتنوسية اوالصرعية ولذا كثيرا مايشاهد عند النساء الاستيريات كل من التيتنوس الخافى والمقدم والجانبى اواعتقالات متقطعة بها يحصل فى كل من الوجه والجذع والاطراف حركات تشنجية وكثيرا مايظهر زبد فى الفم بل وانطباق الابهام فى راحة اليد والفرق الوحيد بين هذه التشنجات والتشنجات الصرعية عدم وجود فقد الادراك وفى كثير من الاحوال يحصل فى عضلات بعض الافعال الفسيولوجية تهيج تشنجى كالعضلات المنوطة بالضحك اوالبكاء والتثاؤب بدون وجود الاضطرابات النفسية التى تصاحب هذه الافعال عادة فى الاصحاء وبهذه الكيفية تحصل تشنجات ضحكية وبكائية وتثاؤبية وبواسطة الحركات الزفيرية التشنجية المصحوبة بانقباض تشنجى فى المزمار وتوتر تشنجى فى الاحبال الصوتية يحدث السعال الاستيرى المستدعى وتنوعاته التى بها يصير مصحوبا بالغاط رنانة اوعالية والانقباضات المرئى التى تمتد من الاسفل الى الاعلى توقظ عند النساء المريضة الاحساس بصعود كرة من القسم الشراسيفى الى الحنجرة وهذه الظاهرة يعبر عنها بالكرة الاستيرية وكثيرا مايشاهد عند النساء الاستيريات فى كل ربع ساعة اوساعة تجشؤ ذو فترات قصيرة به تندفع غازات عديمة الرائحة والطعم ولوشوهدت المرضى بالدقة لعلم انهن يردن الهواء على الدوام ويتضح ذلك من الحركات التى تحصل من الفم والشفتين لكن حيث ان معظم الرجال

الاصحا لا تستشعر بازدياد الهواء عند فعل حركات مضغ اوازدراد غير ارادية مصاحبة لحركات التهوع القوية يعسر علينا الظن والقول بان ازدياد الهواء عند النساء الاستيريات امر ارادى ولذا اعتبرنا الظاهرة التى نحن بصددها من جملة ظواهر اضطراب الحركة وكانه يشاهد فى دائرة الاحساس ضعف مصاحب لثورانه فكذلك يشاهد بالنسبة لاضطراب الحركة شلل استيرى بجوار التشنجات الاستيرية وهذا الشلل قد لا يصيب الا طرفا واحدا وتارة يكون عاما لنصف الجسم مكونا للفالج وماهو معلوم من ان قابلية الانقباض الكهربائية تبقى محفوظة فى الاجزاء المنشلة يثبت مع الوضوح ان ينبوع الشلل فى الاستيريا ليس دائريا فان الاعصاب الدائرية لو كانت مريضة واعتراها اضطراب فى تغذيتها ونتج عنه فقد قابلية تنبيهها لكانت الكهربائية غير كافية كالارادة فى احداث تنبيهها وايقاظ فعلها وحيث انه فى أحوال الشلل الاستيرى جميع العضلات المريضة لا يمكن احداث انقباض فيها بفعل الارادة ويحصل فيها انقباضات باستعمال التيار الكهربائى فى الاعصاب المتوزعة فيها فلابد وأن يكون ينبوع الشلل الاستيرى مركزيا ومع ذلك يستنبط من التعاقب السريع فى سير الشلل الاستيرى سيما من زواله الفجائى انه متعلق باضطرابات غذائية خفيفة سهلة الزوال فى مراكز الارادة لا كالشلل السكتى ويظهر فى بعض الاحوال ان اليأس العظيم من عدم قابلية المرضى للحكم على تحريك الطرف هو السبب الوحيد فى الشلل الاستيرى ولا نشك فى أن كل انسان مادام معتقدا ومؤكدا بان لا قدرة له على اتمام حركة ما يتعذر عليه اجراؤها بسبب فقده للحكم الارادى المنتج لتلك الحركة ومن الجائز عند مثل هذه الاحوال التى يكون فيها الشلل متعلقا بخطاء فى الحكم والتصور من جملة الاضطرابات العقلية وقد شاهدت من منذ زمن امرأة كانت مصابة بفالج من عدة أشهر واتضح من تاريخ المرض انه كان معتريها شلل من هذا القبيل قبل بعدة سنين يخفى تارة ويظهر أخرى فمن سير هذا الشلل وبقية الاعراض المصاحبة له اتضحت لنا حقيقته ولقد كان متحققا عند المريضة انها تشفى باستعمال الكهربائية وحيث تأخر دخولها فى الاكلينك كانت مشغوفة بذلك للحصول على

النجاح فبمجرد دخولها واستعمال الكهربائية لها وانبساط يدها التى كانت متقاصة من منذ أسابيع عديدة استبشرت باتمام النجاح وتحسنت حالتها بعد قليل من الزمن بحيث تيسر لها بعد أسابيع قليلة حركة الاطراف المنشلة ولابدان تلك المريضة كانت تحسن حالتها باى واسطة علاجية اخرى اعتقدتها

واما الاضطراب الذى يحصل فى دائرة الاعصاب الوعائية والمغذية فيعد منه عدم استواء توزيع الدم واختلاف كميته فى الاجزاء الدائرية فان أغلب المرضى تكون أيديهن وارجلهن باردة واما وجوههن فتفقد بأقل سبب بدلا عن اللون الطبيعى مع الاحساس بحرقان فيها وهل يعد منه ايضا افراز اللعاب وتغير الافراز المعدى والمعوى بسبب الانقباض التشنجى فى الاوعية أو بتمددها الشللى امر غير مقطوع به وأما سبب غزارة البول الاستيرى فناتج بلاشك عن تغير فى وظيفة اعصاب الاوعية الكلوية والبول المنفرز بغزارة يكون قليل المواد الصلبة شفافا خفيف الوزن النوعى وكثيرا مايعبر عنه بالبول الاستيرى

وأما الاضطرابات العقلية التى تشاهد عند المصابات بالاستيريا فانها تختلف اختلافا عظيما فتارة تكون قليلة الوضوح وتارة كثيرته بل وثمت احوال فيها تكون مضطربة جدا بحيث ان الظواهر العقلية تكون هى الاكثر وضوحا فى هذا المرض وفى العادة يطرأ فى ابتدائه تلوّن فى الخلق وتقلب سريع فيه بحيث يشاهد انتقال فجائى ما بين سرور زائد الحدّ وحزن شديد وكثيرا مايشاهد نوع خروج عن حد التعقل وهذه الظاهرة توجه بثوران الحس والتعقل فكما ان المنبهات الحسية تحدث تأثيرا عظيما غير اعتيادى فى المرضى فكذلك التصورات التى لاتؤثر أدنى تأثير فى خلق الاصحاء تحدث عند المصابات بالاستيريا الاحساس بعدم الراحة والسئم أوانها تحدث عندهن الاحساس بسرور زايد عن الحد ولو كان نادرا فكثيرا مايحدث عندهن الضحك اوالبكاء بأقل شئ والظاهر أنه كما يوجد عندهن نوع ثوران حسى تعقلى فكذلك يظهر فيهن نوع استعداد خصوصى فكرى وبذلك توجه حالة خلقهن المستغربة وحيث ان التصوّرات والمدركات تحدث

عندهن غالبا الاحساس بالضجر والسئم فالغالب أن يظهر فيهن نوع انحطاط فى خلقهن فالمرضى تكن كثيرة الانين بدون سبب حزينات أيسات من الحظ ولو كن متمتعات بجميع انواع التمتع فى المعيشة وشكواهن الدائم بدون سبب ظاهرى و بكاؤهن ينتهيان بقساوة من كان مصاحبا لهن فالاقارب لا تصغى لشكواهن ولا تلتفت لها وتظهر عدم الاعتقاد فى حقيقتها بالتدريج و يزول منهم الاعتناء بحالتهن سيما متى اتضح لهم ان شكواهن ليس مبالغا فيها فقط بل انها على سبيل الغش والتصنع بقصد مشاركتهم لهن فى التألم أو بقصد التعجب وهن مع ذلك لم يزلن يتصنعن بالغش بالدقة مع الجراءة والاستمرار بحيث لا يكون هنالك تناسب بين عدم جراءتهن الاعتيادى وتجلدهن لمشاق ما يتصنعن به ويعسر فى كثير من الاحوال التمييز بين الحقيقة والغش فمن كان طايش العقل يغتر بأفعالهن ولذا ينبغى التمسك بالقاعدة العامة وهى عدم التصديق بكل ما يقال كقول المرضى بالحرمان من الطعام من منذ زمن طويل وادعاء فقد البول بالكلية والقئ الدموى اوغيره من المواد والاشياء الغريبة ومادام هذا الميل فى المصابات بالاستيريا الايقاظ تعجب الغير منهن ومن حالتهن فيسهل ولابد عند وجود الشخص المريد الانتفاع المترتب على غشهن بادخال التصور فى اذهانهن بانهن ملبوسات بالارواح الخبيثة (ومن ذلك كثرة انتشار الاعتقاد عند النساء الاستيريات باتباع ما يسمى بالزار وطرقه الشنيعة الفظيعة المخلة بالادب والدين) اوانهن يزعمن برؤية الحقائق مناما او يقظة ربما بالغيب والقوة المفكرة لا يعتريها تغير عند المصابات بالاستيريا فانه يمكنهن كغيرهن من السليمات التصور التام والحكم الصحيح به ولوانه باستمرار الاحساس بالتألم عندهن يفقدن الالفة لمن حولهن بل لاقاربهن القربى

واما الاضطرابات العقلية فانما تظهر عندهن اما على شكل نوب مرضية فكرية كما سبق اوعلى شكل مرض جنونى مستمر مزمن وهذا الجنون إما ان يظهر تدريجيا اوعلى صفة حادة عقب النوب الفكرية فيطرأ اما بصفة المالنخوليا أو المانيا وكثيرا ما يحصل ثوران فى حالة خلق مثل هؤلاء

المرضى وبعضهن يتمكن منه تصوّر الضرر والاضرار فيسرى لاحساسهن فيجبرهن على ضرر أنفسهن اوغيرهن وبعضهن من يمكثن فى الفراش عدة أشهر بل سنين ولا يستطعن تركه ثم يعقب ذلك الجنون نوع انحطاط وخدر فى التعقل

ثم ان سير الاستيريا يكاد يكون مزمنا على الدوام والغالب أن يبتدى هذا المرض فى زمن الادراك ولو انه يوجد غالبا فى سن الطفولية ظواهر غير اعتيادية فى قابلية التنبه الجسمية والعقلية واحيانا تتضح الاستيريا فيما بعد أعنى فى السن المتوسط أو المتأخر وظهوره يحصل غالبا تدريجا ويندر أن يكون بغتة بنوب تشنجية وسيره لا يكون منتظما ففى بعض الاحوال يتضح احد الاعراض وفى غيرها يتضح غيره ولذا يندر أن تكون الظواهر المرضية مشابهة لبعضها عند جملة من الاشخاص بل ان هذا المرض كثيرا ما تختلف صورته فى مريضة واحدة وذلك ان المصابات بالاستيريا تشتكين تارة بألم وتارة بظاهرة عقلية وأخرى بشلل ويكون ذلك هو العرض الرئيس الواضح دون الاعراض العديدة المتنوّعة التى يشتكين بها مع المبالغة وكثيرا ما يعيل صبر الطبيب من استمرار الشكوى بأحد هذه الاعراض كتهيج النخاع أو عسر الازدراد أو القئ الاستيرى اوشلل الاحبلة الصوتية أو عسر البول او الارق فان شكواهن كثيرا ما تستمر أشهرا بل سنين وعلى العموم يسير بثورانات وانحطاطات متعاقبة وتكون الانحطاطات واضحة جدا وتستمر جملة أشهر بل سنين بحيث يظن خطأ ان المريضة شفيت شفاء تاما ومن النادر أن تهدد الاستيريا بالموت بواسطة تشنج المزمار أو بواسطة نوب جنونية او صرعية متلوّة بالكوما بل ان هذا المرض لا يقصم الحياة مالم تحصل فيه مضاعفات ثقيلة لكن من المعلوم ان الاستيريا مرض طويل مستعص فيحصل فيه ثوران جديد يستمر من اسبوع الى جملة سنين ثم يعقب بالتحسين ولا يرجى حصول الشفاء التام الا بالتقدم فى السن وطروّ زمن اليأس ولو انه فى هذا الطور من الحياة لا يندر عود الاستيريا ثانيا واحيانا يزول هذا المرض بسرعة او انه يكتسب صفة حميدة بحيث ان المرضى لا تتعب الطبيب والاحوال التى لا تستمر زمنا طويلا والتى فيها

يوجد سبب مدرك سهل الشفاء تحدث للاستيريا هي التي يؤمل فيها الشفاء وأما الاحوال التي تنسب لاستعداد وراثي أو التي يوجد فيها كأساس مرضي حالة عصبية وثوران عصبي فشفاؤها صعب وتشخيص الاستيريا سهل على الدوام مادامت الاعراض الواصفة لهذا المرض واضحة كتكدر الاخلاق وسوءها والثورانات الحسية والكرة الاستيرية والألم الثابت الاستيري الشبيه بالمسمار والتشنجات الاستيرية ونحو ذلك وفي احوال أخرى يستدل على حقيقة التشخيص من كثرة تعدد الظواهر المرضية المحسوسة للمريض التي تشكى بها المرضى في جميع الاعضاء تقريبا مع ان البحث بالعلامات المذكورة لا يدل على تغيرات مرضية وبالجملة فالطبيب تظهر له حقيقة المرض من استمرار مشاهدة المرضى وتقلب الظواهر المرضية فيهن وزوال بعضها بسرعة مع ظهور البعض الآخر بان ذلك ليس ناتجا عن تغيرات عضوية ثقيلة وفي تمييز الاستيريا عن الايبوخوندريا يرتكن الى اعتبار النوع فان هذا أمر مبهم لكن ليس على الدوام فان هناك نساء يوجد عندهن زيادة عن الظواهر الاستيرية اوبدونها احساس بضجر ايبوخونداري أي بمرض جسمي ثقيل كما ان هناك رجالا يشاهد فيهم جميع الظواهر الاستيرية كالاحساس بالكرة الاستيرية والتشنجات الاستيرية والتقلصات العضلية للضحك والبكاء ونوب الجنون الاستيرية

﴿المعالجة﴾

من أهم الامور اجراء معالجة واقية عند البنات الصغار والشابات اللاتي يظن عندهن وجود استعداد عصبي مرضي واللاتي يوجد عندهن كذلك خلاف هذا الاستعداد ضعف عصبي متصف بحالة تهيج غير اعتيادية وزيادة تلون في الخلق وتصميم رأي وقرب انزعاج واللاتي يوجد عندهن حدة ذهن وميل للافكار الحسية والملاهي فعند تربية مثلهن ينبغي الالتفات الى تقوية الجسم ومضاربة تلك الاحوال العصبية واضعاف كل مايثير شهوة الاعضاء التناسلية وذلك أهم من الاعتناء بتربيتهن في المدارس

والدلالات العلاجية السببية تستدعي في الاحوال التي فيها لايشك في أن الحالة المرضية للمجموع العصبي ناشئة عن تغير مرضي في الاعضاء التناسلية

معالجة لائقة لهذه الحالة المرضية كالالتهاب المزمن والتقرحات والتحولات وغيرها من الامراض التى تصيب الرحم او المبيضين ولنحيل ذلك على ماذكرناه فى المباحث المتقدمة وان كان هذا المرض ناشئا عن مؤثرات نفسية مضرة كالحزن الناشئ عن تكدرات العيشة المنزلية وكالتصور المحزن لعدم بلوغ الارب فى الحياة ومن هذه الحيثية يتيسر للطبيب الحائز لامنية من كان منوطا بمعالجتهن وواقفا على حقيقة أسرارهن الحصول على فائدة عظمى بالنسبة للمعالجة السببية وذلك بكونه مع الفطنة والدراية يؤثر على عقولهن وتنوع أفكارهن وقوتهن الارادية وان كانت الاستيريا متعلقة بحالة امتلاء دموى يجب ولا بد تنظيم التغذية وتقليلها واستعمال المسهلات او المعالجة بالمياه المعدنية المسهلة او الاستفراغات الدموية ان دعت الحالة الى ذلك كارسال العلق على القسم المهبلى من الرحم أو تشريطه او نحو ذلك وان كانت الاستيريا متعلقة كما هو الغالب بالخلوروزأو الانيمياء استدعت المعالجة السببية تحسين حالة الدم بواسطة المركبات الحديدية والاغذية الجيدة والهواء الجيد لكن لا يؤمل فى كون الحديد يحدث عند الانيميات المصابات بالاستيريا عين التأثير الجيد الواضح فى احوال الانيميا البسيطة وفى احوال كثيرة لا يمكن الاستدلال على المعالجة السببية وزيادة عن ذلك فهناك أحوال يعلم فيها السبب الاصلى ويمكن تبعيده ومع ذلك فلا يكون من المحقق فيها ان زوال الاستيريا نتيجة لذلك

وليس عندنا وسايط دوائية بها يمكن شفاء التغير الاساسى للاستيريا فن المعلوم ان جميع الجواهر المسماة بالمضادة للاستيريا كالحلتيت وجذر الواليريانا والكاستوريوم والمسك والماء المضاد للاستيريا والايتير وروح قرن الاريل كثيرا ما لا تثمر ولو اننا لا ننكران كلا من منقوع الواليريانا وضبغتها والكاستوريوم وحبوب الحلتيت وحقن منقوع الواليريانا المضاف اليه مستحلب الحلتيت له تأثير ملطف فاستعماله واجب خصوصا فى احوال التشنج الاستيرى وامابروموراليوتاسيوم الذى كثر استعماله فى العصر الاخير فى الاستيريا والتشنجات الاستيرية فليس له فى هذا المرض تأثير جيد واضح كما فى الصرع وقد شاهد (روزنتال فى عدة

أحوال انه باستعمال هذا الجوهر بمقدار مناسب من ٣ جم الى ٥ جم كل يوم) يحصل تناقص فى قابلية التنبيه المنعكس وثوران الحساسية وهدء النوم وفى احوال أخرى كان تأثيره غير واضح واما الطبيب (جوالى) فوجد انه باستعمال مقادير عظيمة جدا من برومور البوتاسيوم فى احوال عديدة من التشنجات الاستيرية الصرعية يحصل تأثير واضح كما فى الصرع الحقيقى واما التأثير الشفائى لكلور ذهبات الصودا الذى أوصى به (مازيتين) فى تيبسات الرحم والمبيضين والاستيريا المتعلقة بهما وبالغ فى مدحه (غماير) فليس عند أغلب الاطباء تجارب تؤيده ويعطى هذا الجوهر على شكل حبوب (بان يؤخذ من كلور ذهبات

الصودا - ٣ - ديسجرام
صمغ الكثيرا - ٤ - جرام
سكر ابيض ك ك

يعمل اربعين حبة ويؤخذ من هذه الحبوب واحدة بعد الغداء بساعة وواحدة بعد العشاء بساعة ايضا ثم يؤخذ منها ثنتان ويزاد بالتدريج الى أن يصل الى ٨ فى اليوم على مرتين

واما الافيون الذى أوصى به (چندرين) ومدحه كثيرا بأنه واسطة علاجية جيدة فى الاستيريا واعطاء بمقادير أخذة فى الازدياد تدريجا وذكر انه بالتمادى على استعماله شاهد شفاء تاما فى اكثر من نصف الاحوال فالى الآن لم نعتبره الا واسطة علاجية عرضية جيدة وتجاربنا الشخصية ايدت لنا جودة الحقن بالمورفين تحت الجلد فى احوال عديدة من الآلام العصبية والتشنجات الاستيرية وسهولة تحمل المرضى له دون غيره من الجواهر الدوائية

وفى اثناء الفصل الجيد من السنة تحدث ولابد المعالجة بالمياه المعدنية شربا وحماما مع تغيير الهواء والاقامة فى الخلوات مع الرياضة واتباع الملاهى تأثيرا جيدا فى هذا المرض وينبغى اتباع القاعدة الآتية بالنسبة لانتخاب المعالجة فى فصل الشتاء وهى انه يفضل استعمال الماء البارد القوى التأثير على شكل التدليك او الاستحمام فن المدوح من منذ

زمن طويل استعمال الحمامات البحرية وفى عصرنا هذا المعالجة بالماء البارد مع الاحتراس انما يجب ايقاظ المرضى بان المعالجة لا تحدث النتيجة المطلوبة فى اسابيع قليلة وان الاقامة فى الحمامات المستعدة للمعالجة بالماء البارد لابد من استمرارها جملة أشهر لكن احيانا لا تتحمل النساء الاستيريات بسبب شدة تأثرهن اوضعفهن العظيم تأثير البرودة وفى مثل هذه الاحوال تكون الحمامات الفاترة المنزلية ولاسيما حمامات المياه الطبيعية الفاترة كمياه شلنجنباد وفيسفرس وويلدباد وتبلتس وبادن بادن اونحو ذلك مفضلة واما فى احوال الضعف والاسترخاء ووجود شلل فتفضل الحمامات الفاترة الملحية كمياه توهيم وريمية ونحوهما وعند الاشخاص الاقوياء البنية الجيدى التغذية المعتريهم اضطرابات فى الدورة البطنية تفضل المعالجة بمياه مريمباد وجيسنجر وهومبورغ وايجر ونحوها وأما فى احوال الانيميا الواضحة فيفضل استعمال المياه الحديدية كمياه شوالباخ وبيرمون واسپا وفرانسنباد وغيرها والكهربائية لا تستعمل فقط مع النجاح فى مضاربة بعض ظواهر الاستيريا كالشلل والانستيزيا والآلام العصبية بل يظهر انها تؤثر تأثيرا جيدا فى بعض الاحوال فى مجموع هذا المرض بفعلها المحول المصرف و يفضل فى الاستعمال التيار المستمر القوى بان يؤثر به على جميع سطح الجلد

ومن المهم جدا الاعتناء بالمعالجة العقلية فمن علم من الاطباء قوة المؤثرات العقلية عند المصابات بالاستيريا وعلم ان كلا من الفرح والرعب الفجائيين واعتقاد المريض فى الطبيب والمعالجة الجديدة واحذى الوسائط السيمباتوية والاماكن المقدسة المعتقد فيها بالشفاء ليس له فقط تنويع تام فى حالة المرضى وتكدر أخلاقهن بل كذلك قد يحدث شفاء تاما وقتيا اومستمرا فى الشلل المستمر أوغيره من الظواهر الاستيرية الثقيلة اتضح له ان المعالجة العقلية اللائقة بحالة المرضى مع التعقل والحزم تكون من الوسائط العلاجية القوية جدا فعلى الطبيب من جهة احياء أمل المريض فى الشفاء وتشجيع قوته الارادية المنحطة ومن جهة اخرى مقاومة سوء الاخلاق وتلونها والمبالغة فى الاقوال فان فعل الطبيب ذلك مع الشهامة

والسكون

والسكون فلابدوان نصايحه تصادف محلا واما ان قابل سوء اخلاق المرضى بالاستهزاء وعدم الصبر ولم يصغ لشكواهن وسرد قصة مرضهن اوظهر عليه فى اثناء ذلك القلق او التهاون فقد ولابد أمنية المرضى وضاعت منه الواسطة القوية وهى المعالجة العقلية

ومن المفيد جدا استعمال الطرق العلاجية التى لا يقصد بها مضاربة هذا المرض بتمامه بل مضاربة اعراضه كل عرض على حدته أما معالجة نوب التشنج فالاجود فيها اولا تسكين روع من كان محيطا بالمرضى والمرضى نفسها ان كانت غير فاقدة الادراك والعلم بان النوبة لاخطر فيها وانما يعتنى بالاحتراس على المرضى فى اثناء تقلبهن فى الفراش من وقوعهن من على السرير أو ضرر انفسهن وعند استمرار النوبة والخوف من ضعف القوى يستعمل الاستنشاق الكلوروفورمى لكن لا يستمر به الى حصول الخدر التام او الحقن تحت الجلد بالمورفين او الحقن الافيونية اذ بذلك يسرع انتهاء النوبة واما تشنج المزمار الخطر الذى يحتاج لاسعاف وقتى فأجود مايوصى باستعماله فيه هو المهيجات الجلدية المحمرة واستنشاق الكلوروفورم او الايتير مع السرعة واما عسر الازدراد فيفضل فيه استعمال الكهربائية الموضعية والقسطرة بالمجس المروى واما القئ الاعتيادي فيستدعى استعمال الاغذية السائلة اللطيفة اوتعاطى اللحم المفروم فرمانا عما والمتبل بالافاويه وقطع صغيرة من الثلج والحقن تحت الجلد بالمورفين واستعمال صبغة اليود من نقطة الى ثلاث (او الكلوروفورم فى صواغ غروى) واما انطفاء الصوت فيستعمل فيه ماذكر فى مبحثه واما الفواق المستعصى فيضارب بالحقن بالمورفين تحت الجلد وتسليط التيار الكهربائى على العصب الحجابى الحاجزى واما الحالة الطبلية للبطن فأجود مايستعمل فيها التيار الكهربائى المتقطع على جدر البطن وفى الفالج الاستيرى والشلل النصفى السفلى اوشلل أحد الاطراف يوصى باستعمال التيار الكهربائى المتقطع او المستمر على الاجزاء المشلولة ويكون ضعيفا فى الابتداء ثم يقوى فيما بعد أو الحقن تحت الجلد بالاستركنين (بان يأخذ من كبريتات الاستركنين ١ ز ٠ ماء مقطر ٢ ر ٠ ١

(اعنى واحد ديسى على عشرة جرام) ويحقن من ذلك كل يوم مرة من ٠٠٥ ر٠ الى ٠٠٦ ر٠ (اعنى ٥ الى ٦ مللى جرام) والدلكات المنبهة مع تكبيس الاجزاء المتشلة ويوصى فى الانقباضات العضلية الاستيرية باستعمال المعالجة الكهربائية او بالحقن تحت الجلد بالاتروبين تبعا لرأى (شاركو) واما الآلام الاستيرية فتضارب باستعمال المسكنات والمخدرات سيما الافيون والمورفين ولوانه يوجد نساء استيريات يزعمن بعدم تحملهما وآلام الظهر الشديدة المستعصية يوصى فيها باستعمال الحقن تحت الجلد بالمورفين او الاستفراغات الدموية الموضعية عند النساء الاقوياء البنية الكثيرات الدم وقد شاهد المعلم (روزنتال) نجاحا عظيما فى مثل هذه الاحوال من وضع اكياس من صمغ مرن ممتلئة بالماء البارد على الظهر واما (بنيدكت) فقد اوصى باستعمال التيار الكهربائى المستمر على الفقرات المتألمة

واما الآلام المفصلية الاستيرية فيستعمل فيها التكبيس والحركات الصناعية والدلك بصبغة اليود ونحو ذلك واما الانيستازيا الاستيرية فيستعمل فيها المنبهات الموضعية وتسليط التيار الكهربائى المتقطع على الاجزاء الفاقدة الاحساس

ونتيجة جميع هذه الطرق العلاجية العرضية فى الاستيريا لا يمكن قطع الحكم بها من قبل فان تأثيرها يكون احيانا واضحا للغاية وفى احوال اخرى لا تجدى نفعا او انه يحصل بعد استعمال تلك الطرق مع النجاح نكسات ذاتية فى كل عرض على حدته

(المبحث السادس)
(فى الشلل الارتعاشى)

العلامة الواضحة لهذا المرض عبارة عن حركة غير ارادية فى بعض أجزاء الجسم اما على شكل مجرد ارتعاش او على شكل تقلصات عضلية متقطعة شديدة وبذلك يقع الجزء المصاب فى حركة اهتزازية ثم ينضم لهذا الارتعاش فيما بعد شلل غير تام فى العضلات المصابة وهذا الداء النادر يصيب الذكور فى السن المتقدم من الحياة ومن النادر أن يصيب ذوى السن المتوسط وأندر من ذلك اصابته الشبان ويظهر هذا الداء فى بعض الاحوال عقب

الرعب الشديد أو الضجر العظيم وفى احوال أخرى يظهر انه ينتج عن أحوال صحية غير جيدة كالاشغال الشاقة وتأثير البرد الرطب وتهيج بعض الاعصاب الدائرية الناتج عن الرض أو الجروح وبالجلة توجد أحوال فيها لا يعرف سبب لمنشئه فيكون حينئذ ناشئا عن اسباب باطنية خفية علينا والارتعاش يبتدئ غالبا بكيفية واهية فى اصابع اليدين ثم الذراعين ويندر أن يبتدئ بقدم احدى الجهتين او كلتيهما ثم يمتد فيما بعد من الاطراف العليا الى الاطراف السفلى ومن النادر أن يصيب عضلات الوجه والتكلم او عضلات العنق بحيث يقع الرأس فى حركة ارتعاش وقد يصيب نصف الجسم (على شكل فالج) واندر من ذلك اصابته لأحد الذراعين والطرف السفلى للجهة المقابلة والغالب وجوده فى الجهتين ولو بدرجة مختلفة والارتعاش قد يتناقص وقتيا او يزول بالكلية سيما عند الاستلقاء على الظهر لكن بعد تقدم المرض لاسيما فى الاحوال الثقيلة منه يستمر ولو بشدة متفاوتة فيحصل فيه ازدياد عقب الانفعالات النفسية او المشاق الجسمية أو يتناقل على صفة دورية والتقلصات العضلية يحصل فيها على الدوام هدء وسكون فى اثناء الخدر الكلوروفورمى وعند ارتقاء هذا المرض الى درجة عظيمة ترتقى التشنجات المتقطعة الى درجة امتداد عظيمة بحيث تشابه بعض التقلصات العضلية المستمرة وطبقا لما شرحه (شاركو) تكتسب حركات الابهام بالنسبة لباقى الاصابع نوع حركة مشابهة لنحو ادارة القلم بين الاصابع

واما الشلل فى هذا المرض فانه لا يتضح الا عند تقدم سيره ولذا يتأخر ظهوره مدة طويلة من الزمن وحينئذ يكون عوق الطرف عن اتمام وظيفته ناتجا فقط عن التقلصات العضلية المكدرة لحركاته والشلل الذى يطرأ فيما بعد يكاد يكون دائما غير تام وقاصرا على العضلات الباسطة وقد يحصل عند تقدم سير هذا المرض نوع توتر وجساوة فى العضلات الباسطة للاطراف بل وعضلات الجذع والعنق لاسيما فى عضلاتها الباسطة ثم ان التوتر الذى يظهر ابتداء وقتيا يصير مستمرا فيما بعد وعلى حسب تسلطن الجساوة فى قسم من العضلات دون الآخر تحصل تشوهات

مختلفة وضعا وشكلا فيكون الرأس منجذبا الى الامام والجذع كذلك مائلا نحو هذه الجهة والعضدان متباعدين عن الجذع والساعدان منثنين والاصابع منقبضة قليلا ومائلة نحو الحافة الزندية ومفاصلها منثنية او ممتدة كما يشاهد ذلك فى أحوال الروماتزم المزمن واما الاطراف السفلى فجساوة عضلاتها تشابه جساوة العضلات فى الشلل النصفى السفلى المصحوب بانقباض فيها فتكون الركبتان متقاربتين فى حالة نصف انثنا والقدمان متمددين ومائلين الى الانسية (كشكل رجل الفرس) واصابع القدمين منجذبة نحو الخلف (كشكل المخلاب) وقد يشاهد عند الاشخاص المصابين بالشلل الارتعاشى عندما يريدون المشى ميل للجرى الى الامام والقول بتوجيه هذه الظاهرة بكون مركز الثقل زاغ نحو الامام بسبب ميل الرأس الى هذه الجهة لا يجوّزه المعلم (شاركو) أقله بالنسبة لجميع الاحوال فان هناك مرضى يكون لهم ميل الى التقهقر نحو الخلف والسقوط على الظهر ومن حيثية الحساسية يحصل ولابد بعض ثورانات واضطرابات فيها كالاحساس بالخدر والتنمل أو القرص فى الايدى والاقدام وبعض آلام عصبية فى الاطراف المصابة وفقد جزئى فى الحساسية واحساس متزايد بارتفاع الحرارة ينضم له افراز عرق غزير أحيانا ولا يندر كذلك مشاهدة اعراض دماغية كألم الرأس والدوار والارق وظواهر ايبوخوندارية بل هذيان واعراض جنونية مع ضعف فى القوى العقلية يزداد شيأ فشيأ

ثم ان الشلل الارتعاشى من الامراض العصبية المزمنة المستطيلة المدة فقد يستمر سنين عديدة والموت يحصل اما عقب التقدم فى السن او بظواهر النهوكة العامة المتقدمة التى تجبر المريض على المكث فى الفراش اوان المرضى تنتهى حياتهم قبل حصول النهوكة المتقدمة بواسطة امراض تطرأ عليهم كالالتهاب الرئوى الانحدارى ونحو ذلك فان المرضى لا يمكنها مقاومة تلك الامراض وبالنسبة لمجلس هذا المرض والتغيرات التشريحية المتعلق بها لم يتيسر قطع الحكم فانها تارة لا يوجد منها شئ وتارة توجد تغيرات مختلفة اما دماغية أو نخاعية شوكية ولذا يجزم بانها ليست واصفة

لاشلل الارتعاشى بل تعتبره مضاعفات له ومن المشكوك فيه كون مجلس المرض فى الدماغ او النخاع الشوكى والامر المعلوم من ان العضلات المتوزع فيها اعصاب محركة دماغية لاتشترك فى الشلل الارتعاشى يرجح القول بالرأى الاخير

وتمييز الشلل الارتعاشى عن غيره من الاحوال المصحوبة بارتعاش سهل عادة فان الارتعاش الشيخوخى مثلا وكذا البسيط الذى يشاهد عند الاشخاص الكثيرى التنبه والمعتريهم ثوزانات فى الحساسية يكون قليل الوضوح بخلاف الشلل الارتعاشى وزيادة عن ذلك فان باقى الظواهر المرضية الواصفة لهذا المرض تفقد كلية وفى كل من الارتعاش الالكولى والزحلى والزئبقى يرتكن فى التشخيص الى التغيرات التشريحية ووجود ظواهر مرضية أخرى خاصة بكل نوع منها وأما التباس الشلل الارتعاشى بتيبسات النخاع المتعددة المنعزلة فسهل الوقوع

ومن المعلوم ان حصول هذا المرض الاخير يكون فى الاطوار الاولى من الحياة وان الشلل فيه كعرض ابتدائى له وان الارتعاش لايحصل الاعند اجراء حركات ارادية بخلافه فى المرض الذى نحن بصدده فانه لايكون متعلقا بها

﴿المعالجة﴾

الظاهر انه شوهد تحسين فى بعض احوال جديثة من هذا المرض بل شفاء تام ومع ذلك يعتبر هذا الانتهاء النادر نتيجة لمجهودات الطبيعة الجسمية لالتأثير الصناعة الطبية وبالنسبة لبعض المشاهدات التى حصل فيها شفاء بين بالمعالجة الطبية يشك فى حقيقة التشخيص والوسائط العلاجية العديدة التى قيل بنفعها فى بعض احوال دون أخرى وذلك كـكلورور الباريوم والاستركنين والارجوتين والافيون وست الحسن والكورار وخلاصة الكلابار والحجر الجهنمى والكلورال الايدراتى وبرومور البوتاسيوم لم تصادف النجاح على الدوام ويجوز الايصاء باستعمال غير ماذكر من الوسائط العلاجية كخلاصة الشوكران أو الشوكرانين (الذى ذكر شاركو أنه تحصل منه على نجاح وقتى) والمحلول الزرنيخى

حقنا تحت الجلد لفولير (المركب من محلول زرنيخات البوتاسا جزء ومن الماء المقطر جزآن) يحقن منه كل مرة قدر نصف حقنة اعتيادية كما ذكر (ايلنبورغ) انه شاهد منه في حالة تحسينا واضحا وانحطاطا في التشنج عقب الحقن به خمسة عشر مرة وفي حالة أخرى بعد اربع مرات من الحقن وكذا يجوز الايصاء باستعمال كربونات الحديد كما ذكره (ايلبوستون) وشاهد الشفاء منه في حالة واستعمال الطرق العلاجية بالماء البارد (كصب الماء البارد بعد غمس المريض في حمام فاتر والدلك بالماء البارد وتغليفه بملاءة مبتلة به) وكذا المعالجة الجلوانية (بان يوضع أحد القطبين على النتو القمحدوى والآخر على العمود الفقرى) التى تحصل منها المعلم (بنيديكت) على بعض نتائج جيدة في الاحوال الابتدائية

(الايبوخوندريا)

هذا المرض يقرب من الامراض الجنونية لاسيما الجنون الهدئى ويعتبر عادة ألطف اشكال الجنون ومن جهة أخرى يوجد فيه زيادة عن الاضطرابات النفسية اضطرابات وظيفية عديدة في المجموع العصبى لاسيما في الحواس الدائرية وهذه الاضطرابات تخالف بالكلية التغيرات العقلية وتغلب عليها بحيث ان هذا المرض يشابه الاستيريا ولذا يجوز شرحه معه في فصل الامراض العصبية المنتشرة وفي الايبوخوندريا القوية تكون الاحساسات المحزنة متسلطنة على القوى العقلية فتكون عبارة عن الاحساس بمرض ثقيل بحيث ان أفكار المرضى تكون مشتغلة برعب مستمر بالنسبة لصحتهم الجسمية والعقلية ولا ينبغى اعتبار كل شخص معترية الرعب بانه مصاب بالايبوخوندريا الا اذا كان هذا الاحساس عرض المرض فمثلا الرجل ابو العائلة الذى يبوح بسره لطبيبه ظنا منه بانه مصاب بمرض عضال غير قابل للشفاء و يفقد كذلك قوة الحكم على تعقلاته بل يكون على الدوام تحت تأثير الاحساسات المرعبة المحزنة ويلاحظ بالدقة مع الرعب جميع وظائف جسمه مثل المصاب بالايبوخوندريا ويكتسب هيئة كهيئته لا يعتبر انه مصاب بالايبوخوندريا ولا هو ايبوخوندارى فان اخلاقه وهيئته المتغيرة تطابق أحواله الظاهرية

المتغيرة ايضا ولاتخالف أفعاله العقلية قبل الاباحة بذلك السر والتغيرات التي تحصل في الدماغ والمجموع العصبي في هذا المرض ليست معلومة الى وقتناهذا فان التغيرات التشريحية الاساسية لهذا المرض مجهولة لنا كالتي للاستيريا وبالنسبة لاسباب هذا المرض فقد تكون مؤثرات عقلية اوجسمية عند وجود استعداد لذلك والاستعداد للاصابة بالايبوخونداريا نادرجدا في سن الطفولية ويكثر حصوله عند الشبان وفي بداية سن الطفولية ثم يتناقص بالتدريج في السن المتوسط من الحياة و يقل جدا عند الشيوخ واصابة النساء به أندر من الرجال ولو انه لايندر مع حالة كآبة عند النساء المصابات بالاستيريا مشاهدة ظواهر عقلية على صفة ايبوخوندارية وفي مثل هذه الاحوال يتعسر التمييز بين الايستيريا والايبوخونداريا بل يتعذر بالكلية

و يعد من الاسباب المتممة للايبوخونداريا الانفعالات النفسية الشديدة والمشاق العقلية والحزن المستطيل والمؤثرات المضعفة و بعض الامراض الجسمية يحدث الايبوخونداريا بسهولة دون غيره من الامراض وذلك كأمراض الاعضاء الهضمية لاسيما النزلات المعدية والمعوية المزمنة والتغيرات المرضية في الاعضاء التناسلية لاسيما السيلان المنوى والسيلان المجرى والداء الزهرى وفي هذا الاخير يعتبر التأثير العقلي المحدث للايبوخونداريا أقوى من التغيرات المرضية المذكورة ثم ان الامراض المذكورة لو كانت تكفي بانفرادها في احداث الايبوخونداريا لكان عدد المصابين بهذا المرض عظيما جدا ولكن حيث ان تلك الاسباب تعتبر متممة فقط ولاتحدث الايبوخونداريا الاعند وجود استعداد بنيي مخصوص فلايستغرب عدم التناسب بين كثرة حصول النزلات المعدية والداء الزهرى والسيلانات المنوية وبين حصول الايبوخونداريا وعين ذلك يقال بالنسبة للمؤثرات العقلية كقراءة الرسائل الطبية الاهلية والاشتغال العقلي الشديد بالامراض المتسلطنة تسلطنا وبائيا اومصيبة لبعض الاقارب

﴿الاعراض والسير﴾

الايبوخونداريا تظهر غالبا بالتدريج ففي الابتداء يوجد عند المريض

احساس مرضى مصحوب بحالة ضجر غير معينة وذلك يحدث عنده قلقا
وعدم راحة بدون تكدر فى قوته الحاكمة ويكون له قدرة فى الحكم
على نفسه وكل من الضجر وعدم الراحة لا يكون مستمرا فى ابتداء المرض
بل يخفى تارة ويظهر أخرى بشدة عظيمة وكلما كان الاحساس بالضجر
عظيما ازداد التفات المريض الى الفحص عن ينبوع الاحساس المرضى
فيبحث عن لسانه وبوله وبرازه وعدّ نبضه ويدقق فى البحث عن جميع
احساساته الغير الطبيعية فكل امر غير طبيعى مهما كان واهيا كارتقاء
الحرارة القليل وتغطية اللسان الخفيفة والمغص الواهى الوقتى والسعال
الخفيف ونحو ذلك يوقظ الرعب عنده وذلك لا لكونه يتكدر من تلك
الظواهر زيادة عن غيره من الاشخاص بل لكون هذه الظواهر يظهر انها
تدله على ينبوع احساسه المرضى فيوما يظن انه مهدد بالاصابة بالسكتة
الدماغية ويوما آخر بمرض فى المعدة او بالسل الرئوى او بآفة عضوية فى
القلب اوغيرها من الامراض الثقيلة التى تكون دائما بنسبة احساسه
المرضى الثقيل فيجتهد على الدوام فى قراءة النصائح الطبية اوغيرها من
كتب الطب لكنه بدلا عن كونه يجد فيها ما يعينه على تسكين روعه
يجد امراضا لم تكن معلومة له فيظن انه مصاب بها وكلما تسلطن هذا
المرض ازداد اضطراب القوة الحاكمة عند المريض بالنسبة لصحته
وحيث ان البراهين العقلية لا تزيل الاحساس بالمرض عنده فلا يكون فيها
طائل فربما يكون الطبيب ترك المريض بعض ساعات بعد ان استعمل كل
جهده فى التأكيد له بان حالته ليست خطرة ثم يأتيه مندوب من طرف
المريض اوخطاب يدعوه الى المبادرة اليه ثانيا بالقول بان حالته اعتراها
تغير واضح وفى احوال اخرى سيما التى يوجد فيها تغير مرضى فى احد
الاعضاء ولو واهيا لا يغير المريض المصاب بالايبوخوندريا تصوراته
بسرعة بل تبقى تصوراته قاصرة على مرض مخصوص ولا تبرح افكاره
ملازمة له والاحساس المرضى الثقيل عند المصابين بالايبوخوندريا
لا ينافى وجود الامل عندهم فى الشفاء ولذا ان المصابين بهذا الداء
يندر أن يقصموا حياتهم بنفسهم ولا يملون من استشارة الاطباء واتباع

طرق علاجية مختلفة بل قد يكون الامل فى الشفاء عندهم عظيما جدا ويكون ذلك هو السبب فى سرورهم بحيث ان مثل هؤلاء المرضى يظهر السرور العظيم ولو مع استمرار الاحساس المرضى عندهم لكن هذه الفترات تكون غالبا وقتية وتظهر عند الالتجاء الى طبيب جديد أو عند الشروع فى اجراء طريقة علاجية مستجدة لكن عما قليل من الزمن يعودون الى سوء الخلق والكدر

وكل من التغيير الوهمى فى الاحساسات والحكم خطأ على حالة جسمهم يكون عبارة عن هذيان حقيقى فان ينبوع كل منهما تكدر الاخلاق المرضى كما هو الواقع فى التصوّر الجنونى فى غير هذا المرض من الامراض العقلية كما قاله (جرسنجر) وللايبوخوندريا مشابهة عظيمة بالاستيريا بالنسبة لوجود عدة مكابدات تعرضها المرضى على الاطباء وتصفها وصفا بينا فائقا عن الحدّ مع كون نتيجة البحث الدقى عنهم بالعلامات المدركة لا يستدل منها على شئ غالبا وكذا يوجد فى الايبوخوندريا اضطرابات وظيفية فى الاجزاء المختلفة من المجموع العصبى ولا سيما فى الاجزاء الحساسة منه فتظهر آلام وثورانات حسية فى كل جزء من الجسم كالاحساس بالضغط والتمزق والوخز والتنمل والحرارة والبرودة والخدر والقشعريرة والنبض ونحو ذلك وكذا تظهر اضطرابات فى الحواس العالية كازدياد الاحساس وتناقصه فيها والهلوسة والطنين وفى غير ذلك من الاحوال يكون معظم شكواهم من الدوار والاغماء وقد تظهر بعض اضطرابات فى اعصاب الحركة فتشاهد ظواهر تشنج او تقلصات فى بعض العضلات وأما ظهور التشنجات العامة أو الشلل فنادر جدا وظهورها يدل غالبا على مضاعفة استيرية وجميع هذه الظواهر يكون ينبوعا لكدر عظيم او ضجر غير مطاق عند المريض

والايبوخوندريا مرض مستطيل غالبا فقد يستمر طول الحياة ومع ذلك فقد يشاهد عند الشبان على الخصوص نوب ايبوخوندارية وقتية تتردد جملة مرار وتزول بعد قليل من الاشهر وسير هذا المرض يظهر فيه ولا بد جملة ثورانات وانحطاطات على التعاقب بل قد توجد فترات تامة فيها تكون

الحالة الصحية جيدة للغاية وهذا المرض لا يرتقى فى معظم الاحوال الى درجة عظيمة جدا بحيث ان المصابين به يمتنعون عن تتميم اشغالهم بل كثيرا من هؤلاء المرضى من يكون له قدرة الحكم على نفسه بحيث لا يعلم حالة تكدر افكاره الا من كان قريبا منه بالكلية واما فى الدرجات المتقدمة من هذا المرض فقوة الحكم على النفس تفقد منه بالكلية فتشغل هؤلاء المرضى تشتت افكارهم فلا يشتغلون بما حولهم و يزهدون فى صنائعهم بل وعائلتهم ولا يكون لهم ذوق الا فى وصف احساسهم المرضى والفحص عن ينبوعه وبعضهم يفقد الجراءة بحيث لا يمكنه المشى فى الطرق خشية رجوع النوبة ولا الاقامة فى مكان طلق (وهذا هو المبرعنه بالرعب من طلاقة الهواء) فلا يترك فراشه ولا كرسيه ومع هذا فالمريض لا تتغير سحنته ولا تغذيته الا فيما بعد لكن كثيرا ما يضطرب كل من الشهية والنوم ويكون الهضم غير تام مصحوبا بضغط فى القسم الشراسيفى وتكون غازمع اعتقال فى البطن بحيث كثيرا ما يتعسر الحكم بان كانت الاضطرابات الهضمية سببا لهذا المرض او نتيجة له ومن النادر أن تؤدى الايبوخوندار يا الى الهلاك مالم تطرأ مضاعفات اخرى من جهة الاعضاء المهمة كما يندر أيضا حصول انحطاط عظيم فى القوى ونحافة من ازدياد اضطراب التغذية ولا تؤدى الدرجة العظيمة من الايبوخوندار يا الى الجنون الواضح الا فى احوال استثنائية

و ينبغى للطبيب عدم التراخى فى دقة البحث عن جميع جسم المصابين بالايبوخوندار يا فان هذا المرض لا يندر أن يكون ناشئا عن تغير عضوى واضح به يتم التشخيص ومما ينبغى ذكره معرفة كون لفظة ايبوخوندار يا ليس عند المرضى منها تصور واضح اذ كثير منهم من يستهزئ بهذه التسمية بل يضجر عند ذكر الطبيب له بانه مصاب بالايبوخوندار يا فالشخص المامى متى تراءى له ان المريض ليس مصابا بلين فى الدماغ أو تيبس فى النخاع او سرطان فى المعدة أو مرض من الامراض الذى يزعم انه مصاب به يعتبر أن جميع مكابداته وهمية حيث انه لا يميز بين الاحساسات المرضية للمريض المدركة حقيقة له وبين التوضيحات الكاذبة التى يعبر بها المريض عن احساساته غير الطبيعية

(المعالجة)

﴿المعالجة﴾

قوة المعالجة فى هذا الداء قاصرة كما هو المعلوم فانه ليس لنا واسطة علاجية نوعية كافية فى ازالته والاطباء وان شاهدوا بكثرة حصول شفاء تام مستمر فى كثير من احوال الايبوخوندريا لاسيما عند الشبان فانه من المحقق ان هذا الانتهاء الجيد فى كثير من الاحوال انما يتعلق بحالة مخصوصة بالجسم ومع ذلك فمن الخطأ القول بان الصناعة فى الحصول على ذلك ليس لها ادنى دخل وانما الطرق لانالة ذلك تختلف اختلافا عظيما بحسب الحالة الراهنة وتحتاج لفطنة تامة عند الطبيب وذلك لعدم وجود جوهر نوعى دوائى ويظهر ان اوّل واجب على الطبيب معرفة السبب الاصلى وازالته ومن المشاهد بكثرة ان أحد الاسباب السابق ذكرها سواء كان عقليا أو ماديا متى تحقق انه هو المحدث لهذا المرض ويكون مستمر التأثير يزول بزواله فعند الاشخاص الايبوخونداريين غير الضعفاء والمدمنين على التغذية الجيدة والمصابين باضطرابات معدية وامساك واحتقان دموى فى البطن السفلى وبواسير ونحو ذلك ينبغى تنظيم التدبير الغذائى وتلطيفه لهم والايصاء بالرياضة مع استعمال بعض مقادير من ملح جلوبر أو بعض المياه الكلورورية الصودية الطبيعية (كمياه مارين باد وكيسنجن وهومبورغ ونحوها) او بعض المياه الكبريتاتية اذا ان استعمل ذلك حينئذ تنتج منه ثمرة عظمى وفى احوال اخرى تكون هذه المعالجة غير صائبة بل مضرة وحينئذ يفضل استعمال بعض مياه الينابيع الحديدية ومن الجيد اجراؤه فى جميع الاحوال منع المرضى من جميع الاحوال المخالفة لحالتهم الصحية ووضعهم فى شروط صحية جيدة ومن هذا القبيل منعهم عن أشغالهم الجسمية الشاقة والمتعبة وامرهم بالسياحة والسكنى فى الخلوات أو الجبال مع المعالجة بالمياه المعدنية حماما اوشربا وأشهر الطرق العلاجية فى ذلك المعالجة بمياه كارلوسباد معالجة قوية او بالحمامات البحرية مالم يكن المريض فى حالة ضعف او ثوران فى الحساسية بحيث تكون برودة الماء البحرى مضرة بصحته وفى مثل هذه الاحوال تستعمل المياه الكلورورية الصودية الفاترة ومن اهم الامور فى هذا المرض الاعتناء بالمعالجة العقلية وذلك بان يثبت

للمريض خطأ تصوره بانه مصاب بأحد الامراض العضالة وانه على شفا فقد الادراك والطبيب حينئذ وان لم يمكنه شفاء المريض بذلك لكونه لا يتيسر له ازالة الاحوال المترتب عليها الاحساس المرضى عند الايبوخوندار يين الا انه بذلك يوجد للمريض هدء واطمئنان ولو كان وقتيا ولذا ان كثيرا من المصابين بالايبوخونداريا من يرغب فى تكرار استشارة الطبيب

وهناك معالجة جيدة فى هذا المرض وهى تحويل افكار المريض عن تصوراته بان يوصى بالرياضة الجسمية والعقلية اللطيفة بحيث يمتنع عن اشتغال افكاره بالاحساس المرضى وهذه المعالجة تنجح فى الاحوال الخفيفة من هذا الداء بشرط أن تكون موافقة لحالة اشتغاله وتصوراته فمثلا لو اشغلنا أحد العلماء او التجار بنشر خشب لما أثر ذلك معه فان اشتغال فكره بنشر الخشب لا يجدى عنده نفعا وفى اثناء النوب الايبوخونداريه الشديدة لا تثمر طريقة تحويل الافكار بل ان جميع طرق التلاهى والانشراح تزيد فى شدة المرض

وعندى مشاهدة كثيرة الفائدة من هذا القبيل وهى مشاهدة رجل ارناوطى صحيح البنية يبلغ من العمر اذذاك نحو ٥٠ سنة مقيم فى مصر من عهد قديم اعتراه فى سنة ٧٨ هجرية ايبوخونداريا شديدة على شكل نوب متوالية ولعدم وجود تغيرات واضحة عنده فى الاعضاء المختلفة الباطنة نسبت حصول هذا المرض له لانفعالات نفسية واشتغالات عقلية وذلك هو الواقع وكان فى اثناء الفترات يتشكى باضطرابات هضمية خفيفة ألجأته لاستشارة عدد عظيم من الاطباء واتخاذه طرقا علاجية مختلفة واما فى اثناء النوب فكان يشتكى باحساسات عجيبة كتنمل الاطراف وارتفاع الحجاب الحاجز وانخفاضه والضجر والقلق والرعب الشديد والاحساس بانطفاء التنفس وزوال النبض فكان يزعجنى اذذاك بتكرار الطلب بارسال خادم بعد الآخر حتى كان يخيل له ان كل نوبة طرأت عليه اشد من الاولى وبها منتهى الحياة فاستعملت له وسائط علاجية متنوعة كتحسين حالة القناة الهضمية وتنظيم التدبير الغذائى واعطاء المياه المعدنية المسهلة والقلوية والرياضة وتعاطى بعض المنعشات (كبعض نقط من الايتير وصبغة الكاستور ونحو

ذلك) فى اثناء النوبة والوسائط العقلية فى ازالة تصوراته الوهمية بانه مصاب بمرض عضال فلم يكن يجدى ذلك نفعا لا وقتيا فانه حين حضورى واستعماله لتلك الوسائط كانت تزول نوبته ويزعم حصول الشفاء لكن عما قليل من الايام تعود النوبة حتى كدت ان اضيق ذرعا فالتجأت الى استعمال الطريقة المحولة للافكار وذلك بانى فى النوبة الاخيرة بدل ان أسكن روعه والاطفه فى العلاج زدته رعبا على رعبه وقلت له عند جس النبض ان النبض حالا ضعيف وآخذ فى الضعف زيادة وان التنفس لضعيف الغاية وان الحالة مخيفة وتجاهلت فى السؤال كقولى له أهل لك بستان فى منزلك فقال نعم مع الاضطراب فقلت وهل موجود به غلق وفاس فقال نعم فقلت هلم واعزق فى البستان حتى يعود النبض المنطفئ فأسرع الى ذلك متكئا على خدمه الى ان وصلنا الى البستان وهنالك امرته بالعزق ففعل وكان اذ ذاك يدعى بان الهواء قتله فى حالة العزق فأمرته بالتمادى على ذلك حتى اشتد تعبه وزاد نصبه وغزر عرقه فزالت بذلك نوبته فأمرته مع التشديد والتدقيق والحاضرين معه انه ان عادت النوبة اليه فلا سبيل الى ندبى ثانيا خوفا من اضاعة الوقت فيما لا يجدى بل متى عادت يلزمه أن يبادر الى العزق فتمادى على ذلك وشفى وهو الآن فى صحة جيدة

﴿فصل﴾

(فى أمراض الجلد)

حيث كانت التغيرات التى تعترى الجلد فى الامراض التسممية الحادة والمزمنة مبسوطة مع باقى اعراض الحصبة والقرمزية والجدرى والتيفوس والداء الزهرى وباقى الامراض التسممية لكونها عبارة عن بعض مجموع الاضطرابات الغذائية التى يحدثها التسمم العام فى تلك الامراض فلا نتعرض للكلام عليها هنا

ولما كانت الامراض الجلدية كما فى أمراض الاعضاء الأخر تختلف باختلاف التغيرات المرضية التشريحية التى تنتج عنها فلنقسمها امثالها ونتكلم على ضخامة الجلد وضموره ثم احتقانه وانيميته ثم النزيف والالتهابات ثم التولدات الجديدة والطفيلية لكن حيث انه يمكننا مشاهدة

اختلاف شدة تغيرات الجلد المرضية وامتدادها زيادة عن تغيرات غيره من الاعضاء وكان ملاحظة بعض الافرازات الجلدية المرضية الغير المصحوبة بتغيرات جوهرية مدركة كان تمييز هذه الامراض الجلدية عن بعضها سهلا بالنسبة لغيرها من الامراض الاخر وحيث جرت العادة بتسمية الامراض الجلدية باسماء مخصوصة غير التى تسمى بها التغيرات الغذائية المشابهة لها فى اعضاء آخر ساغ لنا ان نقتفى ذلك ونضم لها على الدوام الاسم المطابق للتغيرات التشريحية المرضية واما تقسيم كل من الامراض الجلدية الى أنواع عديدة تحته فلا فائدة فيه ولا نذكره لاجل الاختصار

﴿فى ضخامة الجلد على العموم﴾

اما ضخامة الجلد التى يحصل فيها هذا التغير فى جميع اجزاء الجلد كالمنسوج الخلوى والاوعية والاعصاب والبشرة والشعر والاجربة الجلدية فلا تظهر الا قاصرة على بعض أجزاء الجسم مكونة لتغيرات خلقية كالحلمات المرتفعة على سطح الجلد والحلمات الجلدية الرخوة ومع ذلك فلا تكون الضخامة فى هاتين الحالتين بدرجة واحدة فى جميع أجزاء الجلد بل فى أغلب الوحمات والحلمات الجلدية الرخوة يشاهد ازدياد تكون فى المادة الملونة والشعر بحيث انها تتضح بلونها الاسمر أو المسود وبشعرها الكثيف العظيم الناشئ منها

وكثيرا ما يشاهد نمو الاخلية البشرية القرنية وتراكمها على بعض أجزاء الجسم ومن ذلك تنشأ التيبسات الجلدية والثآليل اى عين السمكة والقرون الجلدية فالتيبسات الجلدية عبارة عن ارتفاعات سطحية مفرطحة من دائرتها بالتدريج ذات هيئة قرنية وشكل مستدير أو غير منتظم والجلد الكائن اسفل منها اما أن يكون طبيعيا او قليل الاحتقان وتتكون هذه التيبسات فى المحال المعرضة لضغط غير منتظم ولذا تشاهد فى العقبين وفى أخمص القدمين عند كثير من الناس وفى ايدى الحدادين وغيرهم من أرباب الصنائع المفتقرة لعمل اليد وفى سبابة الخياطين وغيرهم واما عين السمكة فهى عبارة عن ارتفاعات قليلة الامتداد صلبة جدا سميكة ذات شكل مخروطى تحدث نوع ضمور فى الجلد بسبب انضغاطها فيه بواسطة النعال

واما القرون الجلدية ففيها تصل ضخامة الطبقة البشرية فى صقع محدود منه الى درجة عظيمة جدا ومع ذلك توجد قرون جلدية غير ناشئة من الحلمات الجلدية بل من أجربة شعرية ممتدة وتكون حينئذ عبارة عن شعر فى حالة نمو وضخامة عظيمتين جدا وأما الضخامة المنتشرة للطبقة البشرية المتعلقة بنمو فى الجسم الحلمى وتعرف بالبتريازس ان كانت خفيفة او بالاكتيوزس ان كانت درجتها ثقيلة فسنشرحها بالبيان الشافى فى مبحثها ٠

ثم ان اللون الاسمر الخلقى لبعض الاشخاص انما ينتج عن كثرة تكوين المادة الملونة المسمرة فى هالات الشبكة الملبجية كما انه قد يشاهد عند كثير من الناس حالة خلقية غير طبيعية فيها تتراكم المادة الملونة السمراء فى محال محدودة من هالات الشبكة الملبجية فينشأ عن ذلك لطخ أو بقع مسمرة ومسودة تعرف بالامتا فان كانت هذه البقع عظيمة الحجم سميت بالوحمات وان كانت صغيرة فى حجم العدسة سميت بالنكت الكبدية (وتعرف بالخال او الشامة) وهذه البقع المسمرة عظيمة كانت او صغيرة التى هى غير مصحوبة بضخامة فى الادمة الجلدية وغير مرتفعة عن سطح الجلد كثيرا ما تكون موشحة بشعر غزير وتكوين المادة الملونة السمراء يزداد عند كثير من الاشخاص بتأثير ضوء الشمس وحرارتها او بالرطوبة والارياح وبذلك يكتسب جلد الاعضاء العارية عند العساكر والزراعين والملاحين لونا مسمرا مستويا عادة ومن الغريب ان المادة الملونة السمراء قد لا تزداد بتأثير الاسباب المذكورة عند بعض الاشخاص بحيث يقال ان الشمس لا تؤثر عادة فيهم يعنى انهم لا يحترقون من الشمس اى لا يسمرون منها ومما يعسر توجيهه ان المادة الملونة المذكورة لا تزداد بتأثير ضوء الشمس وحرارتها ولا بالرطوبة والارياح عند بعض الاشخاص خصوصا الشقر ذوى الشعر الاحمر واللون الابيض جدا الا فى اصقاع محدودة بحيث تتراكم المادة الملونة فيها وتكون فى وجوههم وايديهم بقعا مسمرة مستديرة كثيرة الدكنة او قليلتها فى اثناء الصيف ولو اتقوا حرارة الشمس بواسطة الشمسيات مثلا وهذه البقع تسمى بالبقع الصيفية وكما ان جلد الملاحين المتلون بالسمرة تتناقص سمرته فى اثناء الشتاء او عند مكثهم فى بيوتهم فكذلك يزول لون البقع الصيفية زوالا

تدريجيا في اثناء الشتاء أو يفقد بالكلية وقد يتيسر ازالة البقع السمر الصيفية بواسطة الجواهر الدوائية التي تحدث زوال الطبقة البشرية مع الطبقة الكائنة اسفل منها المتراكمة فيها المادة الملونة السمراء الا انها تعود بعد بعض اسابيع متى تعرض الجلد للمؤثرات السابق ذكرها

والغسلات المستعملة بكثرة في مثل هذه الاحوال ليست الاوسائط محسنة للجلد وقتيا وكذا يقال في المكمدات الموصى بها من المعلم (هبرا) المكونة من خمس قمحات من السليماني الاكال واوقية من الماء المقطر (اعنى ٣ ديسي جرام على ٣ جرام) وهذه المكمدات تستعمل مدة بعض ساعات مع الاحتراس من كون الرفائد المغموسة في محلول السليماني تكون ثنيات على الجلد عقب استعمال ذلك ومتى تحصل التهاب شديد في الجلد عقب استعمال ذلك وجب تغطيته برفائد مغموسة في الزيت فبذلك تزول البقع الصيفية في قليل من الايام (وذلك حال تفلس البشرة) وكثيرا ما تتكون عند النساء الحاملات والمصابات بامراض في الاعضاء التناسلية بقع سمرة على الجبهة والشفة العليا تسمى بالبقع الرحمية وهذه البقع تزول عقب الوضع عند أغلب النساء وقد تمكث زمنا طويلا أو تستمر على الدوام عند بعضهم وهذه الظاهرة غير واضحة التوجيه بالكلية كازدياد المادة الملونة السمراء حول حلمة الثدي عند الحاملات وفي الخط الابيض للبطن

وزيادة على الضخامة المنتشرة للجسم الحلمي في المرض المعروف بالاكتيوزس اى الداء القشري يوجد ضخامة قاصرة على بعض الحلمات الجلدية مصحوبة بنموزائد في الطبقة البشرية المغطية لها وذلك يؤدي لتكوين مايسمى بالثاآليل اوباللطخ العريضة فالثاآليل تنشأ عن استطالة عدد قليل من الحلمات الجلدية وبانضمامها ببعضها تتكون البقع الصيفية في ايام قلائل مع تفلس البشرة وتكون مغطاة بطبقة بشرية كثيفة صلبة واذا حصل انفصال في الحلمات الجلدية المتكونة من الثؤلولة وتغطى كل منها على حدته بطبقة بشرية شوهدت الثؤلولة متشققة ذات ألياف

واسباب تكوين الثاآليل غير واضحة وعدم النظافة ليس له الا تأثير قليل

جدا فى احداثها فانها قد تظهر بسرعة عند الاشخاص النظيفين جدا وتنتشر على جلد الايدى خصوصا بعدد عظيم كما ان علة زوال هذه الحلمات أحيانا زوالا سريعا غير واضحة والعامة تنسب ذلك عادة لتأثير بعض الوسائط الاعتيادية أو السمباتوية

واما اللطخ العريضة فتتميز عن الحلمات بكون الحلمات الجلدية فيها لا تستطيل فقط بل يخرج من جوانبها مع ذلك تولدات جانبية ولا تكون مغطاة بطبقة بشرية سميكة وتنقسم اللطخ العريضة الى شكلين أحدهما الابرية والثانية المفرطحة فالاولى أكثر ما تشاهد فى الغشاء المخاطى لقناة مجرى البول والمهبل وبعض محال من الجلد المنداة بافراز السيلان المجرى أو المهبلى وشكلها اما ان يكون توتيا أو قرنبيطيا اوذا هيئة شبيهة بعرف الديك اذا كانت معرضة لضغط جانبى واللطخ الابرية تحتاج لمعالجة موضعية

واما اللطخ المفرطحة فتكوينها شبيه باللطخ الابرية غير انها تكون ارتفاعات سطحية مفرطحة ولها ميل عظيم للتقرح السطحى واكثر ما تشاهد هذه اللطخ فى الشفرين العظيمين والصفن وبين الاليتين ويندر مشاهدتها فى الشفتين وبين اصابع القدمين وحيث انها تتعلق بمرض بنيى عمومى فانها تحتاج لمعالجة عامة زهرية لا موضعية

واما الضخامة المحدودة للمنسوج الخلوى المكون للادمة فينشأ عنه ما يسمى بالبوليبوس الجلدى وما يسمى بالاورام الليفية الرخوة البسيطة التى تكون احيانا أوراما عنقية يابسة وهناك نوع آخر من ضخامة الادمة الجزئية ينشأ عنه اورام غير منتظمة ذات قوام ندبى تسمى بالكلويد و بتيبس الادمة

واما ضخامة الجلد المنتشرة والمنسوج الخلوى تحته فينشأ عنهما ما يسمى بداء الفيل العربى الذى سنتكلم عليه فى المبحث الثانى مع التفصيل

واما نمو الاوعية الشعرية للادمة وضخامتها التى تصطحب احيانا بضخامة فى المنسوج الخلوى فينشأ عنه اللطخ واورام حمراء أو مزرقة محمرة فى الجلد تعرف بالاورام الانتصابية وهذه الاورام اما ان تكون خلقية (اى اورام

انتصابية خلقية) او انها تتكوّن عقب الولادة بزمن قليل وتنقسم هذه الاورام الى شكلين أحدهما الشكل الذى فيه تبقى على حالتها بعد ان وصلت لحجم معلوم بدون تغير والثانى الشكل الذى فيه تنمو نموّا تدريجيا وتؤدّى لحصول انزفة غزيرة عقب تمزق الاوعية الشعرية المتمددة تمددا زائدا عن الحد

واما ضخامة الشعر ونموّه وضخامة الاجربة الجلدية فى اصفار محدودة من سطح الجسم فتكاد تصاحب على الدوام الاضطرابات الغذائية التى ينتج عنها اغلب البقع المسمرة أو الوحمات وأما نمو شعر الذقن أو العانة نموا زائدا مع تقدمه فى الظهور عن وقته او ظهور الشعر فى جميع سطح الجسم أو فى بعض أجزائه ظهورا غير مضاعف بامراض أخرى فيعد من المستغربات والعجائب لا كمرض

وبضخامة الاجربة الدهنية الشعرية وتمددها وامتلائها بجسيمات بشرية مفرطحة و بكرات دهنية شفافة تنشأ اورام تسمى بالاورام البشرية الرخوة وهذه الاورام التى تكون فى حجم الحصة تكون مغطاة ابتداء بالجلد السليم ثم يتوتر الجلد المغطى لها عند نموها ويحمر وينجذب من مركزه على هيئة فم صغير ويظهر فى محيطها أورام جديدة بحيث يتغطى الجلد فيما بعد بعدد عظيم منها وهذا الامتداد المستمر والعدوى المحققة فى بعض الاحوال يثبتان عدوى هذا المرض عند بعض الاشخاص والاصل الحامل للجوهر المعدى يظهر انه موجود فى الجسيمات الدهنية السابق ذكرها وتسميها العوام (السنط المعدى)

﴿المبحث الاوّل﴾

(فى الضخامة المنتشرة للجسم الحلمى والبشرة المعروف بالاكتيوزس)

﴿اى الداء القشرى السمكى المعروف بالتسمك﴾

(كيفية الظهور والاسباب)

قد ذكرنا فيما سبق أن ازديادتكوّن البشرة ونموها فى الداء القشرى انما ينتج عن ازدياد ونمو الجسم الحلمى والبشرة واللادمة ازديادا مرضيا ثم ان المعلم

(برنيس برونج) الذى اشتغل كثيرا بالامراض الجلدية واتبعنا أشغاله
فى هذه المباحث ميزللتسمك شكلين الاول الشكل الخلقى اى الايكتيوزس
الخلقى الذى به تولد الاطفال مغلفة بطبقة قرنية سميكة والثانى الشكل
العارضى لهذا المرض اى الايكتيوزس العارضى أو الحقيقى وفى الشكل
الاول تولد الاطفال ميتة أو انها تهلك حالا عقب الولادة وبالبحث يتضح ان
الطبقة القرنية المغطية لها اكتسبت الصلابة واستحالت الى مادة قرنية
يابسة من ابتداء زمن الحياة الرحمية بسبب اختلاط الطلاء الدهنى المكون
من الاخلية البشرية والطبقة الدهنية وانضمام اجزائه الى بعضها ومن
الواضح ان هذه الطبقة القرنية العديمة التمدد لاتكفى فى تغطية الجنين
عند نمو جسمه فتتجزأ الى جملة أجزاء وقشور تعوق نمو كثير من الاعضاء
كالانف والشفتين وصيوان الاذن وأصابع اليدين والقدمين وفى الشكل
الثانى يظهر ان ضخامة الجسم الحلمى الناتج عنها هذا المرض حالة مرضية
وراثية وعدم مشاهدتها فى ابتداء السنة الاولى من الحياة انما يحصل
من كثرة مراعاة النظافة الجلدية عند الاطفال فى هذا السن وبالبحث يرى
ان كثيرا من الاطفال المصابين بهذا المرض ورثه عن ابويه أو اقارب مصابة
اوكانوا مصابين به سابقا

وزيادة عن الايكتيوزس الحقيقى الذى يكون منتشرا على معظم سطح
الجسم توجد أشكال خفيفة أخرى من الايكتيوزس العارضى تكون قاصرة
على بعض أجزاء الجسم وتصاحب داء الفيل عادة

﴿ الاعراض والسير ﴾

يكون الجلد فى الاشكال الخفيفة لهذا المرض بدلا عن منظره الاملس
ذا منظر خشن ويتغطى بقشور رقيقة مبيضة وهذه الاشكال الخفيفة من
هذا المرض المعتبر فيها لفظة بتريازس اى الداء التقلسى النخالى وهو الذى
يكون تفلس البشرة فيه ناتجا عن ازدياد تكون الطبقة البشرية لاعن
تغيرات مرضية أخرى وذلك يعرف من الحالة العامة للمريض وفقد ظواهر
احتقان الجلد أو التهابه وعدم تغير افرازه وافراز أجربته الدهنية ومعظم
احوال تفلس فروة الرأس التى فيها يصير شعر الرأس مختلطا بقشور رقيقة

وتتغطى باقى الملابس بها كذلك فليست ناتجة عن ازدياد فى تكوّن البشرة بل عن حالة التهابية خفيفة فى الجلد وكذا تفلس بشرة جلد اليدين والقدمين ينتج عادة عن التهاب سطحى خفيف وسنشرح ذلك عند الكلام على الاجزيما

واما الايكتيوزس الحقيقى فقد يحصل فيه انفصال البشرة على شكل قشور عظيمة ثخينة داكنة بسبب تلونها بالمادة الملونة المسمرة ووجد احيانا وفى اعلى درجة هذا المرض تكوّن البشرة لطخا قرنية او ارتفاعات حلمية مدببة كالشوك ولذا يميز بعضهم الايكتيوزس الى جملة أشكال كالايكتيوزس البسيط والقرنى والشوكى (المعروف بشوك الخنزير) وليس الامر كذلك بل هى درجات مختلفة لمرض واحد وبعض اجزاء الجسم تبقى مصانة من هذا المرض كالوجه وراحة اليدين وحفرة الابط والمابض والاربيتين وأعضاء التناسل وبعضها تكثر اصابته كالجهة الوحشية من الاطراف العليا والسفلى وخصوصا مقدم الركبتين والمرفق وعلة عدم مشاهدة هذا المرض عند الاطفال المصابين به المولودين جديدا انما توجه كما قال الشهير (هبرا) بكون الاطفال فى بطون أمهاتها توجد على الدوام فى نوع حمام حار مستمر وبذلك تنتقع الاخلية البشرية وتسترخى ومن جهة أخرى يقال انه بسبب كثرة وساختهم وتكرار استحمامهم لا يمكن تراكم الاخلية البشرية عندهم بحيث لا يمكن معرفة المرض من ابتداء الحياة ...

﴿ المعالجة ﴾

هذا المرض غير قابل للشفاء فاننا لا نعرف واسطة علاجية بها يمكن ازالة ضخامة الجسم الحلمى وقد دلت التجارب العديدة على عدم نجاح كل من الزرنيخ والمركبات الانتيمونية والقطران وغير ذلك من الجواهر الدوائية ظاهرة كانت أو باطنة بحيث لا حاجة لتكرار التجارب بالجواهر المذكورة وأجود شئ يوصى المريض باستعماله الحمامات الحارة والبخارية كل يوم مضافا اليها القلويات أو غير مضاف لها ذلك مع الدلك بالجواهر الدسمة كزيت الزيتون والقطران أو الصابون المقطرن اذ بذلك تلين القشور ويسهل انفصالها ويمتنع تراكم الاخلية البشرية

﴿المبحث الثانى﴾

(فى الضخامة المنتشرة للجلد والمنسوج الخلوى تحته)

(المعروف بالباكيدرمى او بداء الفيل العربى)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

التهاب الجلد التهابا متكررا ولاسيما المصحوب بانسدادات متكررة دائم فى الاوردة والاوعية الليمفاوية يؤدى لحصول ثخانة اى ضخامة عظيمة فى الجلد والمنسوج الخلوى تحته الكائن بين أليا ف الجوهر العضلى بل وسمحاق وعظام الاجزاء المصابة وهذه الحالة هى المسماة بثخن الجلد أو بداء الفيل العربى بسبب غلظ الاجزاء المصابة وعدم انتظام شكلها وليس بينها وبين داء الفيل الرومانى ادنى مشابهة ولا اشتباه ولا نعلم لماذا ان الالتهاب المتكرر للجلد والاوردة مع انسدادها هى والاوعية الليمفاوية ينشأ عنه فى بعض الاحوال داء الفيل وفى احوال أخرى لا ينشأ عنه ذلك كما وانه من المجهول علينا جدا لماذا ان تلك التغيرات تحدث هذا المرض فى بعض الجهات خصوصا الجهات الحارة الرطبة اكثر من غيرها

﴿الصفات التشريحية﴾

اكثر ما يصاب بهذا المرض الطرف السفلى فيوجد منتفخا انتفاخا أوذيماويا عظيما منتظما أو غير منتظم بحيث يجاوز حجمه الاصلى مرتين أو ثلاثة ويوجد الجلد فاقد الحركة فلا يتزحزح ومغطى بقشور بشرية سميكة فى الاحوال التى يكون فيها الجسم الحلى للجلد مشتركا فى الضخامة ومنسوج الجلد والجوهر الشحمى تحته يكون مستحيلا الى مادة يابسة سميكة شحمية وعند النظر اليها بالميكرسكوب توجد مشتملة على أخلية ليفية جديدة التكوين وعتيقة وكذا العضلات توجد ضامرة مكابدة للاستحالة الشحمية بسبب فقد شكلها والضغط الواقع عليها من المنسوج الخلوى المتكاثف المحيط بها وكثيرا ما يوجد انسداد فى الاوردة والاوعية الليمفاوية أو تمدد دوالى فيها أسفل محل الاصابة وعين هذه التغيرات التشريحية يشاهد فى الاطراف العليا عندما تكون مجلسا للاصابة وفى الصفن وتعرف حينئذ بالقيلة اللحمية (وعند العامة بالقايطة) وفى القضيب وفى الشفرين العظيمين

﴿الاعراض والسير﴾

داء الفيل يبتدئ بظواهر التهاب جلدى حمرى أو بظواهر التهاب الاوعية اللينفاوية والوريدية وبعض الاطباء وان ذكر ان الظواهر الموضعية تسبق فى هذا المرض بظواهر مرضية عامة اى حمية شديدة الا أن الظاهرة ليست خاصة بداء الفيل فانه فى غير ذلك من الامراض الالتهابية كثيرا ما تكون الاعراض العمومية اكثر وضوحا فى الابتداء عن الاضطرابات الوظيفية الموضعية للعضو المصاب ثم بعد انحطاط الاعراض الالتهابية الموضعية لا يعود العضو الذى كان منتفخا الى حجمه الطبيعى عادة بل يبقى فيه بعض انتفاخ ذى قوام عجينى رخو وبعد عدة أشهر تحصل نوبة أخرى ذات سير شبيه بسير النوبة الالتهابية الاولى يخلفها انتفاخ فى العضو المريض زيادة عما سبق وكلما كثرت تكرر النوب وكانت الفترات بينها قصيرة كان العضو المصاب اكثر تغيرا فى الشكل والثقل وحل محل الانتفاخ العجينى الناشئ عن الارتشاح الاوذيماوى انتفاخ صلب جدا ناشئ عن تكون جديد من منسوج خلوى مندمج واذا امتد داء الفيل من الجزء المصاب ابتداء الى الاجزاء المجاورة امتدادا تدريجيا عقب تكرر النوب شوهد فى الطرف المصاب جميع درجات المرض والمرضى لا تشتكى بألم الا زمن تكرر نوب الالتهاب فى الاجزاء المنتفخة التى كثيرا ما تكون محلا لالتهاب سطحى متكرر اجزنتيماوى مصحوب بنضح سائل تحت البشرة وعلى سطحها السائب ومن الواضح ان حركة الطرف المريض تكون متعذرة جدا فى هذا المرض

﴿المعالجة﴾

قد يتحصل الطبيب على تحسين عظيم بل وشفاء لهذا المرض فى الاحوال الغير العتيقة جدا وذلك بواسطة المعالجة اللائقة ففى أثناء نوب الالتهاب التى تظهر لهذا المرض ينبغى وضع العضو وضعا مرتفعا وابقاؤه فى هذا الوضع زمنا ما ولو بعد زوال نوبة الالتهاب ومع ذلك يستعمل التبريد بواسطة المكمدات الباردة أو الجليدية مع الدلك بالمرهم الزئبقى وعند زواله بالكلية يشرع الطبيب فى اجراء الضغط المنتظم الشديد وذلك بلف الطرف

لفا حلزونيا بحيث ان كل لفة تغطى اللفة التى قبلها وينبغى الضغط بهذا الرباط الحلزونى ضغطا قويا جدا فان المرضى تتحمله بدون ضرر ولا مشقة والرباط من عادته يتزحزح بسرعة والمداومة المنتظمة على هذه الطريقة العلاجية كثيرا ما يحصل منها انجاح عظيم

وقد استعمل فى العصر المستجد بقصد شفاء داء الفيل فى الاطراف ربط الشرايين ولم يتحقق نجاح ذلك الى الآن

واما الفيلة اللحمية للصفن التى فيها كثيرا ما يصل الصفن المتغير للركبتين ويصل الى ما ينيف عن مائة رطل أحيانا فينبغى فيها ازالة الورم بالسلاح كداء الفيل المصيب للشفرين العظيمين ايضا

(ثانيا)

(ضمور الجلد)

ضمور الجلد يشاهد بكثرة كظاهرة من جملة ظواهر النهوكة العامة سواء كانت شيخوخية أو ناتجة عن امراض منهكة فعند رفعه على هيئة ثنية أو عند شقه بالمشرط عند الاشخاص المنهوكين يوجد متناقصا فى السمك تناقصا واضحا جدا ويوجد الجلد زيادة على ذلك مغطى بقشور من أخلية بشرية منفصلة وذلك ليس ناشئا عن حصول ضخامة فى البشرة مصاحبة لضمور فى باقى اجزاء الجلد بل ذلك انما نشأ عن تناقص افراز الاجربة الجلدية بسبب ضمورها فانه بهذا الافراز تحفظ الاخلية البشرية فى حالة تندية ورطوبة فانفصالها عند الاشخاص السليمة يحصل بكيفية غير محسوسة ويظهر تراكمها على سطح الجلد عند المنهوكين وبعبارة أخرى يقال ان تراكم الاخلية البشرية فى الداء المعروف بابتريازس الضعفى اى تقلس البشرة عند المنهوكين لا ينتج عن زيادة تكوين الاخلية البشرية بل عن انفصالها بكيفية مدركة

وقد يحصل ضمور الجلد ايضا عقب الضغط عليه اما من الظاهر أو الباطن فمثلا عين السمكة ينتج عنها ضمور جزئى فى الادمة كما ينتج عن قشور السعفة أو بعض الخشكريشات التى تضغط على سطح الجلد وحيث ان الضغط الواقع من الظاهر على الجلد يحدث ضمورا فى الجسم الحلمى نرى ان متحصله الذى

هو الاخلية البشرية تتكون بقلة فى الاصفار المنضغطة وينعكس ذلك
فيما اذا كان الضغط واقعا على الجلد من الباطن الى الظاهر كما يحصل
فى تمدد البطن العظيم عقب الحمل أو الاستسقاء الزقى أو انتفاخ بعض
الاجزاء الاخرى المغطاة بالجلد اذ فى مثل هذه الاحوال الطبقات الغايرة
من الجلد ومجموعه الغددى هى التى تكابد الضغط واما تكوّن الاخلية
البشرية فلا يحصل فيه ادنى اضطراب ولا شك فى ان كلا من البتريازس
اى الداء النخالى الذى يحصل عقب الحمل او الاستسقاء الزقى فى جلد البطن
والاطراف والبتريازس الضمى انما ينتج عن ضمور الطبقة الغايرة من الجلد
والاجربة الجلدية وجفاف تابعى فى الاخلية البشرية

وقد يشاهد فقد جميع المادة الملونة من الشبكة المبيجية عند الاشخاص
المعروفين بالالبينوس اى المصابين بداء البرص قد تفقد هذه المادة المذكورة
من بعض أصفار الجسم بدون أسباب معلومة فتصير هذه الاصفار ذات لون
أبيض لبنى مغاير بالكلية لما حولها من الاجزاء لا سيما وان هذا يحصل
عند الاشخاص السمر بكثرة (ويعرف ذلك عند العامة بالبهاق) وكثيرا
ما يحصل ضمور فى بصيلات الشعر وعلى الخصوص فروة الرأس فينتج عن
ذلك سقوط شعر الرأس فاذا لم يمتد الضمور الى أن تفقد جميع البصيلات
المذكورة لا يزول نمو الشعر بالكلية غير انه بدلا عن شعر الرأس القوى
الساقط ينبت فى البصيلات الضامرة شعر رقيق كالوبر يشاهد فى
الاشخاص ذوى الرأس العارية طمعا فى رجوع شعرهم خصوصا وان
صودف استعمال بعض الزيوت أو الدهانات قبل ذلك بزمن يسير فيظنون ان
هذه الوسائط كثيرة الفائدة ثم ان انحلال شعر الرأس الناتج عن ضمور
البصيلات الشعرية يسمى بتعرى الرأس اى الصلع الشيخوخى لانه اكثر
ما يشاهد عند الشيوخ ومع ذلك فليس من النادر مشاهدته عند الشبان
ويظهر ان السبب فى ذلك الاستعداد الوراثى ومن المشكوك فيه القول
بان الاشتغال الذهنى المفرط والانفعالات النفسية المحزنة والافراط من
الشهوات الزهرية يؤدى الى حصول ذلك فانه كثيرا ما يشاهد عند العلماء
والاشخاص المكابدين لحزن عظيم مستطيل او المنهمكين فى اللذات شعر

غزير في الرأس كما انه كثيرا ما يشاهد عند الاشخاص الخالين عن الفكر والاشتغالات العقلية وذوى المعيشة الجيدة سقوط شعر الرأس قبل أوانه ومن الواضح انه لا يوجد داد ني جوهر دوائي به يمكن رجوع بصيلات شعر الرأس كما يزعمه الدجالون وان هذا المرض غير قابل للشفاء وينعكس ذلك في سقوط الشعر التابع لبعض الامراض الحادة أو المزمنة التي ينتج عنها اضطراب وقتي في تغذية بصيلات الشعر فان مثل هذه الامراض لا تؤدى الى حصول فقد كلي أو ضمور مستمر في البصيلات المذكورة ولذا أنه متى زال المرض الاصلي والنتائج العامة التي احدثها في البنية تعود بصيلات الشعر الى حالتها الطبيعية فينبت ثانيا واكثر الامراض انتاجا للصلع هو التيفوس والداء الزهرى ومع ذلك قد يحصل سقوط شعر الرأس ايضا عقب بعض الالتهابات الرئوية الثقيلة وغيره من الامراض المنهكة والحالة النفاسية تؤدى كذلك الى سقوط الشعر بدرجة خفيفة ويظهر أيضا ان شكل سقوط الشعر المحدود المسمى بالآلوبسيا (اى داء الثعلب) ينتج ايضا عن اضطراب وقتي في تغذية البصيلات الشعرية وفي هذا المرض غير النادر يشاهد بقع مستديرة مختلفة العظم في الرأس او في الذقن او غير ذلك من اجزاء الجسم بحيث ينحل الشعر من جذره ويسقط فيتكون عن ذلك بقع عارية عن الشعر محاطة باصفار ذات شعر غزير واسباب سقوط الشعر المحدود غير واضحة ايضا وقد دلت المشاهدات الجديدة على انه ليس ناتجا عن نبت متطفل والبقع المخولة الشعر تتغطى فيما بعد بشعر سليم واما سقوط الشعر الناتج عن التهاب الجلد والتولدات الطفيلية فسنتكلم عليه فيما بعد

والشعر يكاد يفقد مادته الملونة عند الاشخاص المتقدمين في السن فيشاهد في الابتداء فقد لونية بعض الشعر الملون بلونه الطبيعي تبعا لمشاهدات (شاتيس) ثم يمتد هذا الفقد بسرعة الى طول الشعرة بتمامها وفي بعض أحوال اخرى قد يفقد الشعر لونه دفعة واحدة في جميع امتداده ثم يزداد عدد الشعر المبيض شيأ فشيأ الى أن يبيض جميعه ويفقد مادته الملونة ومن المستغرب عدم وجود مشاهدة اكيدة على كيفية حصول هذه الظاهرة

اى بياض الشعر ولو كانت كثيرة الحصول جدا وهى معرفة الاسباب الناتجة عنها فاننا لا نعلم هل الشعر الملون الاصلى يفقد لونه اوانه ينبت شعر جديد أبيض من جذره وقد تفقد الشبان أحيانا لون شعرها بسرعة عن الشيوخ ويظهر ان بياض الشعر بغير أوانه كسقوطه من غير أوانه ايضا انما ينتج عن استعداد وراثى ولو ان كلا من الغم المستطيل والكدر له دخل فى ذلك وايضا فقد دلت بعض احوال فيها صار شعر رأس الشخص بتمامه أبيض فى ظرف يوم وليلة والغالب ان مثل هذه الاحوال غير اكيدة المشاهدة وبولغ فى معظمها

❊ ثالثا ❊

(فى احتقان الجلد وانيميته)

كمية الدم المحتوى عليها الجلد يعتريها تغيرات عظيمة اكثر من باقى الاعضاء فان تعرض الجلد للاسباب المؤثرة على الدورة اكثر من باقى أجزاء الجسم وقد سبق الكلام فى الجزء الاول على اضطرابات الدورة الجلدية اى على احتقان الشرايين والاوعية الشعرية الشريانية وامتلائها الناشئ عن زيادة مجهودات القلب وعن احتقان الاوردة وامتلائها والاوعية الشعرية الوريدية اى السيانوز الناشئ عن بطء مجهودات القلب وضعفها

ثم ان احتقان الجلد أعنى امتلاءه الدموى التواردى ينشأ عن تعرض الجلد لدرجة حرارة مرتفعة وعلى الخصوص للحرارة الرطبة وعن تأثير بعض الجواهر المهيجة كالخردل والزراريح ونحو ذلك أو عن اصابته بمؤثرات ميخانيكية ويظهر فى جميع هذه الاحوال كما ذكرنا فيما سبق ان النتيجة الاولى لهذه المؤثرات هى استرخاء جوهر الجلد وان تمدد الاوعية وامتلائها بالدم هو نتيجة تناقص مقاومة المنسوج المحيط بها ثم ان كان احتقان الجلد عظيما بحيث يرى محمرا من خلال البشرة المغطية له سميت هذه الحالة بالايرتما وعلى حسب اختلاف هذا الاحمرار بان كان ناشئا عن تأثير الحرارة أو الخردل أو الزراريح أو نحو ذلك تسمى الايرتما الشمسية أو النارية او التهيجية ولهذا يجوز تسمية احمرار الجلد الناشئ عن اسباب ميخانيكية

بالارتيما

بالارتيما الجرحية وجميع اسماء هذا الاحتقان الجلدي لا ثمرة فيها بل تؤدي
الى الغش والخطأ حيث ان احمراره المتعلق بتغيرات التهابية فيه يطلق عليه
لفظ الايرتيما ايضا ثم ان احتقان الجلد المحدود يظهر ايضا كعرض ابتدائي
لاغلب الامراض الطفحية الجلدية حادة كانت او مزمنة التي يحصل فيها
نضح على السطح السائب من الجلد أو في خلاله وبالجملة تشاهد احتقانات
جلدية محدودة بكثرة في بعض الامراض الحمية بدون أن يمكن توجيه
هذه الظاهرة واحتقان الجلد في مثل هذه الاحوال يكون قاصرا على بعض
اصقار صغيرة محدودة غالبا بحيث تظهر نكت صغيرة حمراء مستديرة او غير
منتظمة في حجم العدسة أو على شكل لطخ صغيرة مستديرة وتعرف حينئذ
بالوردية لكن هذا الاسم لا يطلق فقط على النكت الحمراء الناشئة عن
مجرد احتقان الجلد بل على الاحتقانات الجلدية المصحوبة بنضح في الجلد
ايضا المكوّن لحلمات صغيرة فيه فالوردية تصاحب التيفوس والحالة
التيفوسية للهيضة وغير ذلك من الامراض التسممية العامة ولا يندر أن
تصاحب بعض الامراض النزلية للمعدة والامعاء خصوصا عند الاطفال
وبعض أمراض الدماغ والرئة المصحوبة بحمى والوردية تسمى عرضية عند
وجود سبب مدرك تنشأ عنه الحركة الحمية وفي غير ذلك تسمى وردية أصلية
أو ذاتية ومن هذا النوع تعد الوردية الخريفية والطفيلية (التي تصيب
الاطفال) وغير ذلك من أنواع الوردية الحمية التي شرحها بعض المؤلفين
والاعراض الوحيدة لاحتقان الجلد هي احمراره وارتفاع درجة حرارته
والجزء المحمر بواسطة الاحتقان يزول لونه متى ضغط عليه واندفع الدم من
الاوعية الشعرية بخلاف الاحمرار الجلدي الناشئ عن نزيف في جوهر
الجلد فانه لا يزول عند الضغط عليه فان كان الجزء المحمر مؤلما مع ذلك
وكان كثير الانتفاخ ولم يبق عقب الضغط عليه بقعة مبيضة بل بقعة مائلة
للاصفرار وحصل بعد زوال الاحمرار تفلس في البشرة لم يكن الموجود حينئذ
مجرد احتقان جلدي بسيط بل مصحوب بنضح التهابي
واما انيميا الجلد فهي ظاهرة من جملة ظواهر فقر الدم العمومي أو عرض مهمل
وتنشأ زيادة عن ذلك من تعرض الجلد لدرجة حرارة منخفضة جدا وذلك

بالتأثير الطبيعى للبرودة وبانقباض الالياف العضليـة الجلدية عقب تأثيره وهذا التأثير يقوى و يزداد بانقباض الاوعية الشريانية الصغيرة المصاحبة لذلك وبالجملة تحصـل انيميا الجلد الموضـعية بدون تأثير البرد عـلى الجلد وذلك متى اعترى الطبقة العضلية الجلدية وجدر الاوعية الشعرية انقباض تشنجى وهـذه الظاهرة تكثر مشاهـدتها فى اثناء دور القشعريرة للحمى كما تحصل ايضا على حدتها بدون سبب معلوم فى الاطراف على صفة الشكل المعروف بالغنغرينا الشيخوخية

ثم ان كلا من الاحتقان الجلدى وانيميته يندر أن يحتاج لوسائط علاجيـة قوية ويوصى فى احوال الاحتقان باستعمال التبريد وفى احوال الانيميا الجلدية باستعمال الحرارة الرطبة والجافة ودلك الجلد وتكبيسه واستعمال الوسائط المنبهة

(رابعا)

(فى الالتهابات الجلدية)

التهابات الجلد يعنى بها جميع الاضطرابات الغذائيـة الجلدية التى يحصل فيها نضح فى منسوج الجلد أو عـلى سطحه الظاهر ونحن وان علمنا انه من المشكوك فيه هل جميع هذه الاشكال المرضية تعد حقيقة من الالتهابات الجلدية أم لا فان النضح الخلالى ليس من الامور الضرورية ولا من العلامات الاكيدة للالتهابات لكننا لا نتعرض للتطويل فى ذكر هذه المسئلة ونتبع طريقـة مـن يسمون فى التعبير بلفظ الالتهاب الجلدى عن كل تغـير مرضى جلدى يصطحب بتكوّن نضح

فان ارتشح النضح فى جزء من جوهر الجلد ذى امتداد متفاوت نشأ عن ذلك الالتهابات الجلدية الايرتماوية أو الحمرية وان كان الارتشاح قاصرا عـلى أصقاع محـدودة صـغيرة من الجسم الحلمى نشأ عن ذلك الطفح أو الالتهاب الجلدى الحلمى وان كان الارتشاح كذلك سطحيا الا أن فيه بعض امتداد نشأ عن ذلك شـكل الالتهاب الجلدى المتصف بتكوّن درنات وفى الالتهابات الجلدية الحمرية لا يندر أن ترتفع البشرة على شكل حو يصلات كثيرة الامتداد أو قليلته بواسـطة النضح المرتشح فى آن واحد على سطح الادمة وزيادة عن

ذلك يحصل النضح ايضا على السطح الظاهر من الادمة فترتفع البشرة على شكل حويصلات وكذا فى غير ذلك من اشكال الالتهابات الجلدية حادة كانت اومزمنة ولا يشترط أن يكون منضما لها ارتشاح عظيم فى جوهر الجلد ومثل هذه الالتهابات الجلدية السطحية التى تشابه الالتهابات النزلية يتصف مع قلة فى التغيرات الجوهرية للمنسوجات بنضح على السطح الظاهر منها وبذا تتكون الاشكال الحويصلية من الطفح الجلدى وان حصل مع تكون النضح السائل تكون أخلية بشرية جديدة بكثرة اى قيح تكونت اشكال الطفح الجلدى البثرى وبالجملة فهناك اشكال من الالتهابات الجلدية فيها يتضاعف النضح الجلدى بتولد بشرى مرضى وهى اشكال الطفحات الجلدية القشرية

ويوجد زيادة عن اشكال تلك الالتهابات الجلدية الناتج اختلافها عن شدة الالتهاب ومجلس النضح اشكال أخرى تنتج عن اختلاف الامتداد وصفته وعن اختلاف سيرها بان كان حادا أو مزمنا وعن سبب الاصابة المرضية تلجئنا الى تمييز عدد عظيم من اشكال الالتهابات الجلدية وسنشرحها فى مباحث على حدتها

(المبحث الثالث)

(فى الاشكال الخفيفة من التهابات الجلد الغير المصحوبة)

(بتكون حويصلات اى الالتهاب الجلدى)

(الايرتماوى المعروف بالايرتما)

(كيفية الظهور والاسباب)

فى هذا الشكل من الالتهاب الجلدى يكون كل من الجسم الحلمى وغالبا جوهر الادمة الهش أسفل منه مجلسا لاحتقان وارتشاح مصلى وحيث انه بعد انتهاء الايرتما يحصل تفلس فى البشرة عادة فمن الجائز القول بان هذه الطبقة تكون قد انفصلت من انضمامها بالجسم الحلمى بواسطة نضح خفيف حصل أسفل منها لكن هذا النضح لا يكون كافيا فى رفع البشرة على شكل الحويصلات والاسباب التى ذكرت فى شرح الاحتقان الجلدى وهى درجة الحرارة المرتفعة والتأثير اللاواسطى للاشعة الشمسية والمهيجات

الكيماوية والميخانيكية تحدث ولا بد بتأثيرها المستطيل الشديد التهابات جلدية ايرثماوية وبعض أشكال الايرثما الناشئة عن مهيجات ميخانيكية له أسماء مخصوصة فان كانت الايرثما ناشئة عن احتكاك جزءين من الجلد ملامسين لبعضهما سميت الايرثما بالاحتكاكية وهذا الشكل يشاهد بكثرة عند الاطفال سيما الضعفاء منهم في الميازيب الجلدية للاعضاء التناسلية وخلف الاذنين والعنق وخلف الثديين والساقين عند النساء السمان جدا وان حصلت الايرثما بين الاليتين عقب احتكاكهما ببعضهما في أثناء المشي المستطيل سميت بالايرثما الاحتكاكية أيضا وأما الايرثما التي تحصل في الامراض المستطيلة بضغط الفراش سيما في القسم العجزي والمدوري وغيرهما من الاجزاء البارزة من الجسم فتسمى بالايرثما الوضعية والتي تحصل في أحوال الاستسقاء اللحمي العظيم بشدة توتر الجلد أو جروحه السطحية تسمى بالايرثما التوترية وعند وجود سيلانات مستمرة من الانف أو من الملتحمة كثيرا ما تحصل الايرثما بسبب تندية الجلد المستمرة بالافرازات الحريفة في الشفتين والانف أو في القلفة والصفن والجهة الانسية من الفخذين عقب تندية الجلد بالبول السائل بدون ارادة وتسمى بالارثما التهيجية

وزيادة عن أشكال الايرثما المذكورة الناشئة عن مهيجات موضعية تشاهد ايرثما ذات انتشار وسير دوري مخصوصين أسبابها مجهولة علينا وهذا الشكل كثيرا ما يحصل حصولا ذاتيا في بلادنا وله ميل عظيم لنكسات دورية وقد شوهد في بعض البلدان (كالقسطنطينية وباريز ومصر) منتشرا انتشارا وبائيا وتسمى بالانتشارية

﴿الاعراض والسير﴾

الايرثما الناتجة عن مهيجات موضعية تتصف ببقع محمرة قليلة البروز يتلاشى احمرارها من دائرتها شيأ فشيأ ويتقع لونها عند الضغط عليها فيكتسب لونا مصفرا وعند زوال الضغط يعود احمرارها وتكون مجلسا الالم محرق متفاوت في الشدة فان زال التهيج الذي أدى لحصول هذا الطفح بسرعة زال احمرار الجزء الملتهب وانتفاخه في أيام قليلة وينتهي هذا المرض

بتفلس خفيف فى البشرة وأما اذا لم يزل السبب المهيج واستطال تأثيره واشتدار تقى الالتهاب الاريتماوى الى أشكال ثقيلة فينشأ عن ذلك اضطرابات غذائية أخرى فينتج عنها الاريتما القمسية وتحصل حويصلات على سطح الجلد فى أحوال الحرق وفى أحوال الاريتما الاحتكاكية يمكن أن تزول البشرة والاريتما التوتريبة يمكن أن تؤدى لغنغرنيا الجلد

وأما الاريتما الذاتية أو الحاصلة بدون أسباب معلومة فمجلسها فى الغالب ظهر اليدين والقدمين وقد تحصل فى غير هذه الاجزاء من الاطراف بل وفى الجذع والوجه فى أحوال نادرة لكن لابد من اصابة ظهر اليدين والقدمين معا وقد نبه الشهير (هيبرا) على أهمية ذلك فى التشخيص ويشاهد فى المحال المذكورة ابتداء احمرار وانتفاخ منتشران مستويان لكن عما قريب يشاهد حلمات أودرنات صغيرة محمرة دا كنة أو محمرة مزرقة على القاعدة المحمرة المنتفخة وحينئذ يسمى هذا المرض بالاريتما الحلمية أو الدرنية وهذا الطفح قد يكون عند بعض الاشخاص مصحوبا باحساس محرق فى المحل المريض أو بظواهر حمية أيضا فى بعض الاحوال ثم بعد أيام قليلة ينتقع محيط هذه الحلمات ويزول انتفاخه ثم يصغر حجمها وينتقع لونها ثم تزول وحينئذ تتفلس البشرة وينتهى سير المرض فى ظرف ثمانية ايام او ١٤ يوما وكل من اللون المزرق لتلك الحلمات واللون المصفر للجلد الذى يبقى بعض زمن بعد زوالها يدل على انه فى احوال الاريتما الحلمية ينضم ولابد للنضح الخفيف فى الجلد انسكاب دموى خفيف ايضا

وقد تستمر الاريتما الحلمية وتستطيل مدتها بعض اسابيع او اشهر وتمتد من المحال المصابة ابتداء الى أجزاء أخرى من الجسم وان تكون فى دائرة الطفح الابتدائى حلمات اودرنات جديدة مع زوال التغير المرضى الاصلى فى المركز سميت الاريتما بالحلقية او الدائرية وان بقى فى مركز تلك الحلقة صفر محمر سميت الاريتما بالقزحية او الحلمية وان تلامست الحلقات او الدوائر بعضها فى اثناء امتدادها وانقطعت دائرتها فى محل ملامستها بعضها تكونت حينئذ اشكال قوسية غير منتظمة وحينئذ تسمى الاريتما بالقوسية وهذه الاسماء يتكرر ولابد ذكرها فى غير هذا الطفح من الطفحات

الجلدية التى فيها عند التغير المرضى من دائرة الطفح الابتدائى ويزول فى المركز أى فى الاصفار المصابة ابتداء فالاشكال المختلفة التى تكون على الجلد حينئذ لا تكون عبارة عن اشكال مختلفة من تغيير مرضى بل امتدادات مختلفة منه

ويوجد شكل مخالف للايرتما الحلية أو الدرنية وهو الايرتما العقدية وهذا الشكل يشاهد بكثرة عند الشبان وعند النساء أكثر من الرجال ومجلسه على الخصوص الاطراف السفلى لاسيما فى الساقين وهى تنشأ عن ارتشاحات قليلة الامتداد ومحدودة فى الطبقات الغائرة من الجلد مصحوبة بارتشاح دموى فيشاهد ابتداء عقد مستديرة فى حجم البندقة أو الجوزة مغطاة بجلد قليل الاحمرار مؤلمة عند اللمس ولها مشابهة عظيمة بالتعقدات التى تنتج عن الضربات أو السقطات (أى الالتهاب الجلدى الرضى) والتلون الوردى للجلد يكتسب دكنة شيأ فشيأ ثم يستحيل الى لون بنفسجى ثم مزرق ثم مخضر ثم مصفر وهذا التتابع فى التلون يشاهد أيضا فى أحوال الانسكابات الجلدية الدموية الجرحية والايرتما العقدية تؤدى ولابد لاضطراب عمومى حمى به يحصل ضعف للمرضى ويلتجئون الازمة الفراش ثم ان مدة هذا المرض تمتد من ٨ أيام الى ١٤ وتقشر البشرة هو الانتهاء الاعتيادى لهذا التغير المرضى ويندر ان تمتد مدة الايرتما العقدية جملة شهور وذلك بان تظهر تعقدات أخرى من هذا الشكل بعد زوال العقد الاولى عقب تقلصها

﴿المعالجة﴾

أما الايرتما الناشئة عن مهيجات موضعية فلا تستدعى فى الغالب الا تبعيد الاسباب المضرة التى نتجت هى عنها فانها اذ ذاك تزول بسرعة وعند وجود آلام شديدة محرقة ينبغى استعمال مكمدات من الماء البارد أو ماء الرصاص وفى الايرتما الاحتكاكية ينبغى ان يذر على الاجزاء المريضة مساحيق ناعمة لاجل تجنب احتكاكها على بعضها واكثرها استعمالا النشاء الارز الناعم ومسحوق الكبريت النباتى المضاف اليه زهر الخارصين

مسحوق زهر الكبريت النباتى	ـــــ ١٥ جرام	أعنى نصف أوقية
زهر الخارصين	ـــــ ٢ ـــــ	اعنى نصف درهم

أو

اوبان يوضع بين تلك الاجزاء رفايد مدهونة بمرهم زهر الخارصين او وسايد من نسالة مدهونة به واما الايرتما الوضعية فالاجود فيها صيانة الاجزاء المعرضة للضغط بمخدات حلقية من الصمغ المرن ممتلئة بالهواء وان كانت الايرتما ناشئة عن تندية الاجزاء بسوائل مهيجة وجب طلاؤها بمراهم ملطفة لاجل صيانتها عن تلك السوائل الحريفة وكذا الايرتما الحلمية لا تحتاج لمعالجة مخصوصة وانما ان كانت مصحوبة بحرقان شديد ينبغي استعمال المكمدات الباردة الرصاصية وأما الايرتما العقدية فتلاحظ فيها الحركة الحمية والحالة العامة للمريض ويمكن استعمال مكمدات من الماء البارد أوماء جولار

﴿المبحث الرابع﴾

(في الالتهاب الجلدي الحمرى أو الحمرة الجلدية)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الالتهاب الجلدي الحمرى يتصف بالاحتقان الشديد للجلد وبارتشاح مادة مصلية غزيرة في جوهره والمنسوج الخلوى الكائن تحته وكثيرا ما يكون بين الادمة والبشرة وبقلة ميل هذا الالتهاب للتقيح وتكون خراج وأيضا يتصف باشتراك دائم للاوعية والعقد الليمفاوية المجاورة للالتهاب ويمكن أن يحصل في اثناء سير الالتهاب الجلدي الحمرى تمزقات وعائية وأنزفة في الجلد وعلى سطحه السائب وقد يرتقي التغير الالتهابي في بعض الاحوال ارتقاء عظيما بحيث تقع الاجزاء المصابة في الغنغرينا

ومن الخطأ القول بان كل مؤثر مهيج على الجلد يحدث فيه التهابا جلديا حمريا متى أثر بشدة قوية فان مقارنة الالتهاب الجلدي في الحمرة الجلدية بالتهابه الناشئ عن وضع منفط يتضح منها عدم مماثلة هاتين الحالتين لبعضهما ولو وجد في كل منهما تكون حويصلى كما وان كلا من الحرق والاصابات الجلدية الميخانيكية وغيرهما من المؤثرات المهيجة الموضعية لا ينتج عنه اضطراب غذائى التهابي مماثل للحمرة الجلدية بل ينتج عنه تكون حويصلات بدون نضح غزير في جوهر الجلد والمنسوج الخلوى تحته أوفساد كلى في جوهره متى كان تأثيره بشدة ومن الثابت في أغلب أحوال الحمرة الجلدية ان الالتهاب في هذا المرض يمتد من جدر الاوعية

الليمفاوية الملتهبة الى المنسوج الخلوى المحيط بها فمن هذا القبيل الحمرة الجلدية الناشئة عن اصابة الجلد اصابة جرحية مع تلقيح جوهر مهيج أو سم فى آن واحد وفى مثل هذه الاحوال يمكن الاثبات بدون واسطة ان الجوهر المهيج السم امتص ابتداء من الاوعية الليمفاوية واحدث التهابا فى جدرها وان الحمرة الجلدية حصلت حصولا تابعيا فانه يشاهد فى الابتداء أخيطة محمرة ذات انتفاخات عقدية ثم يتضح فيما بعد الاحمرار المستوى المنتشر للجلد وانتفاخه ويعتبر من هذا القبيل أيضا الحمرة الجلدية الناشئة عن امتصاص مواد صديدية أو افرازات جرحية مهيجة لجدر الاوعية الليمفاوية تهيجا التهابيا والناشئة عن امتصاص متحصل خراج آيل للفساد والتحلل ونشير بذلك لما يسمى بالحمرة الجلدية التسممية فان هذه الحمرة عبارة عن التهاب جلدى يتصف بجميع اوصاف الحمرة الجلدية ولا شك فى كونه ناشئا عن امتصاص السائل المنتن لاحد التجاويف السنخية أو الاسنان المسوسة وامتداد هذا الالتهاب من جدر الاوعية الليمفاوية الملتهبة الى الجلد المحيط بها او التجارب المعلومة من انه ينضم فى بعض المرستانات زمنا فزمنا الى الجروح الواهية جدا بل الى محل عض العلق التهاب جلدى حمرى بوجه بسهولة بالكيفية الآتية وهى

ان الجواهر التى تمتصها الاوعية الليمفاوية تهيجها وتلهبها الا انه لا ينبغى على الدوام أن يكون نفوذها فى الجلد بالتلقيح اوان يكون من تحليل وفساد افراز جرحى او الصديد المجتمع فى خراج بل ان تلك الجواهر قد توجد فى الهواء المحيط بالجروح اوفى قطع الجهاز المغطاة به ثم اننا وان اعتبرنا الامر الثابت المحقق حصوله فى عدد عظيم من الحمرة الجلدية ومنشأها بواسطة امتداد الالتهاب من جدر الاوعية الليمفاوية الى جوهر الجلد الا اننا نعتقد ان جميع انواع الحمرة الجلدية تنشأ بهذه الكيفية بل اننا نقول ان منشأ الحمرة الجلدية الذاتية اعنى الطفحية بهذه الطريقة غير قريب من العقل فان الالتهاب الجلدى الحمرى الذى يطرأ على الاشخاص السليمة من قبل ويصيب على الخصوص كلا من الرأس والوجه على شكل مرض اصلى اى ذاتى يشابه بالكلية للالتهابات الذاتية الاخرى التى تصيب الاشخاص

السليمين من قبل وتعتبر امراضا اصلية اى ذاتية كالالتهاب الرئوى والبليوراوى والحنجرى والذبحة البلعومية ونحو ذلك وليس عندنا ادنى سبب ولا وجه فى عد الحمرة الذاتية او الطفحية مرضا من جملة الحميات الطفحية الحادة واعتباره من جملة الامراض التسممية الانتشارية بل ميل الحمرة الجلدية الذاتية للنكسات وترددها عند الشخص المصاب بها جملة مرار اثبات قوى لعدم مشابهة الحمرة الجلدية للقرمزية او الحصبة او الجدرى ودليل قطعى ضد الرأى القائل بالمنشأ التسممى لهذا المرض

واسباب الحمرة الجلدية الطفحية غير واضحة كاسباب الالتهاب الرئوى وغيره من الالتهابات السابق ذكرها فانه لا يمكن اثبات مؤثرات مضرة موضعية تحدث هذا المرض كالامراض المذكورة وغير ذلك يقال بالنسبة لتأثير البرد والتباعد عن التدبير الصحى وغيره من المؤثرات المضرة والذى يظهر ان له تأثيرا فى احداث هذا المرض هو الانفعالات النفسية خصوصا فى الاشخاص الذين اصيبوا به سابقا وفى الغالب تظهر الحمرة فى بعض الازمنة بدون اسباب مهمة مدركة كالالتهابات الرئوية والذبحات وغيرها من الالتهابات التى تتسلطن وتحدث ما يسمى بالبنية المرضية اى الحالة الوبائية فتصيب اشخاصا عديدة وهل هذا المنشأ المجهول لكثير من الامراض الالتهابية ينتج عن اصابة مرضية عمومية تبقى قاصرة فيما بعد على اعضاء مخصوصة او عن اضطرابات غذائية موضعية ابتدائية فى الاعضاء المذكورة امر مجهول علينا وكذا بالنسبة لميل الحمرة الجلدية ورجوعها بسهولة عند الشخص المصاب بها من قبل امر تطابق فيه الحمرة الجلدية الالتهاب الرئوى وغيره من الالتهابات الاخرى والحمرة الجلدية الطفحية يكثر حصولها فى السن المتوسط من الحياة وتكثر مشاهدتها عند النساء دون الرجال وفى الفصل الحار من السنة اكثر من البارد منها

﴿الاعراض والسير﴾

الالتهابات الجلدية الحمرية الناشئة عن مؤثرات ظاهرية من متعلقات علم الجراحة فلا نتكلم هنا الا على اعراض الحمرة الذاتية اى الطفحية وسيرها فنقول

الظواهر الموضعية تسبق فى كثير من احوال الحمرة الذاتية ببعض ساعات
اوايام باضطراب بنيى عمومى وحركة حمية متفاوتة الشدة وحيث ان دور
الهجوم المذكور لا يوجد على الدوام وان الحمى كثيرا ما يتأخر ظهورها عن
الاعراض الموضعية فلا ينبغى اعتبار الاعراض السابقة للحمرة الجلدية
كاعراض الحميات الطفحية كما لا ينبغى اعتبارها كالاضطراب البنيى الحمى
العام الذى كثيرا ما يسبق الزكام الشديد اوكألم الجنب والسعال اللذين
كثيرا ما يسبقان حصول الالتهاب الرئوى ببعض ايام والعرض المرضى
الابتدائى لهذا الداء هو الاحساس بحرارة وتوتر فى الجلد الذى لم يبتدئ
فيه الاحمرار والانتفاخ وفى هذا الزمن كثيرا ما تكون العقد الليمفاوية
المجاورة منتفخة ومتألمة عند الملامسة وعما قليل يحمر الجلد ويبتدى انتفاخه
ويكون الاحمرار فى الابتداء مبقعا وعما قليل يصير متغيرا دائما ويزداد
الانتفاخ ويرتقى بسرعة الى درجة عظيمة جدا خصوصا فى المحال التى فيها
يكون الجلد مبطنا بمنسوج خلوى هش فى الاجزاء الغائرة ولذا يشتد انتفاخ
الاجفان فى احوال الحمرة الجلدية الوجهية ويكتسب الجلد بسبب
ما اعتراه من التوتر الشديد ملاسة ولمعانا واضحين وبازديادا الاحمرار والانتفاخ
تزداد كذلك الآلام المحرقة المؤثرة فى الاجزاء المريضة ويكاد لا تفقد فى هذا
الزمن الحمى الشديدة وتثور فى المساء ثورانا قويا والنبض يكون ممتلئا
وسرعته من ١٠٠ الى ١٢٠ ضربة فى الدقيقة وتصل حرارة
الجسم الى درجة ٤٠ سنتينية او ازيد ويشتد العطش وتفقد الشهية
وحيث انه فى احوال الحمرة الوجهية تشترك الاغشية المخاطية المجاورة
للجلد الملتهب فى الالتهاب كالغشاء المخاطى الفمى والانفى واللسانى فلابد
وان توجد ظواهر النزلة الفمية الشديدة فيكون اللسان مغطى بطبقة كثيفة
جافا عند اشتداد الحمى والطبقة البشرية المنفسدة المغطية له تنتشر منها
رائحة كريهة ويكون طعم الفم عجينيا او مرا والحمرة الجلدية ولو اصطحبت
زيادة عن الاعراض السابق ذكرها بظواهر سوء الهضم وفساده لا ينبغى
الحكم بانها ناتجة عن حالة تلبكية معدية أو صفراوية فان اضطرابات الهضم
تكاد تصاحب جميع الامراض الحمية ولو بدرجة متفاوتة ويضطرب

نوم المريض باحلام مزعجة وقد يحصل الهذيان ويندر ان يكون ناتجا عن مرض فى السحايا والغالب أن يكون متعلقا بالحركة الحمية ويصل كل من انتفاخ الجلد واحمراره فى اليوم الثانى والثالث الى أرقى الدرجات وفى احوال الحمرة الجلدية الوجهية تكون المرضى فى اثناء هذا الزمن متغيرة السحنة بالكلية حتى تكاد لا تعرف ولا يمكنها فتح الاجفان البارزة المنتفخة انتفاخا أوذيماويا وكثيرا ما تكون الطبقة البشرية مرتفعة فى بعض المحال على هيئة حويصلات صغيرة اوعظيمة جدا وفى محال أخرى تكون تلك الحويصلات قد انفجرت وجف متحصلها وباختلاطها مع بقايا البشرة تكون قشورا مصفرة وليس من الضرورى وضع اسماء عديدة مختلفة للحمرة الجلدية بحسب درجة الانتفاخ ووجود الحويصلات اوفقدها اوعظم حجمها واختلاف متحصلها وتسمى الحمرة تارة بالاوذيماوية وتارة بالايريماوية وتارة بالحويصلية وتارة بالفقاعية وتارة بالقشرية وفى اليوم الثالث والرابع يصير الاحمرار باهتا عادة ويهبط الورم ويزول توتر الحويصلات الباقية ومتحصلها اما ان يمتص اويجف على هيئة قشور وتزول الآلام والالتهاب الحرى فى اثناء تناقصه فى الاجزاء المصابة به ابتداء يكاد يمتد على الدوام الى الاجزاء المجاورة ويشتد فيها حتى يصل الى اقصى درجة ولذا ان المريض المصاب بحمرة وجهية كثيرا ما تشتد حماه متى ابتدأت الحمرة فى الخفة من الوجه وكل من تغير السحنة وانتفاخ الاعين ناشئ عن اصابة فروة الرأس بالحمرة الجلدية فانها كثيرة الحساسية والتألم من التوتر الالتهابى بسبب شدة ثبتها وقلة تمددها وامتداد الحمرة الجلدية بقطع النظر عن الحمرة السيارة (اى الانتقالية) يكون قاصرا فى العادة على اجزاء قليلة الامتداد من السطح الظاهر من الجسم بحيث ان الحمرة الجلدية وان كانت تمتد على الدوام الى الاعين والاذنين وما جاورهما من اجزاء الرأس والعنق لكن لا تمتد بكثرة من تلك الاجزاء الى القفا والجذع وبحسب ذلك وكون الحمرة الجلدية الذاتية تقطع سيرها فى الاجزاء المصابة بها تكون مدة هذا المرض ٨ ايام اوازيد من ذلك بقليل والتغير المرضى لهذا الداء ينتهى بتفلس البشرة على هيئة وريقات عريضة

ولو فى المحال التى لم يوجد فيها حويصلات وبعد ذلك يسقط شعر المرضى اذا كانت فروة الرأس مصابة فان الشعر يحصل فيه تخلخل من النضح المتكون فى بصيلاته وينفصل منها لكن لا يخلف الحمرة الجلدية اضطراب غذائى فى بصيلات الشعر ولذا يزول الصلع الذى ينتج عن هذا المرض فى زمن قليل وفى بعض الاحوال التى فيها تنتهى الحمرة الجلدية بالتقيح يشاهد التموج فى صفر أو جملة اصفار لا سيما فى الجفنين وذلك فى الزمن الذى تكون فيه الاجزاء المحيطة قد زال تلونها وانتفاخها ويخرج بعد الفتح بالصناعة او الانفتاح البطئ للخراج من ذاته قيح مصفر جيد غالبا فيحصل الشفاء بسرعة والنضح الدموى الذى ينتج عنه يكون مجرا فى متحصل الحويصلات وان كان ليس من العلامات الرديئة دائما الا انه يسبق فى بعض الاحوال بانسداد تام فى الاوعية الشعرية للاجزاء المتهيجة يؤدى للغنغرينة وعند حصول الغنغرينة الجلدية التى يكثر فى احوال الحمرة الجلدية العرضية الخبيثة ويقل فى احوال الحمرة الجلدية الذاتية يكتسب متحصل الحويصلات لونا مسودا ويستحيل قاعها الى خشكريشة سنجابية متغيرة اللون وتتغير حالة المريض العامة وترتفع الحرارة جدا ويصغر النبض ويصير سريعا ويحصل انحطاط ثقيل يمكن أن تنطفئ فيه الحياة بل وفى الاحوال الحميدة جدا للحمرة الجلدية الغنغرينية تستطيل مدة المرض زمنا طويلا فان فقد الجوهر المتخلف عن اتلاف اجزاء الجلد المتغنغرة لا يشفى الا ببطء عظيم

ثم ان الحمرة الجلدية كثيرا ما تضاعف بنزلات شعبية أو معوية واحيانا باحتقانات كلوية عظيمة او بالتهاب نزلى يسرى الى القنوات البولية واهم من تلك المضاعفات واخطر منها مضاعفة الحمرة الجلدية بالتهاب السحايا ولا يعتبر الحاصل فى هذه المضاعفة نوع انتقال بل ان ما يسمى بارتداع الحمرة الجلدية هو نتيجة الحالة المرضية الثقيلة والانحطاط فى الاحوال المهلكة ينسب لها

واما الحمرة الجلدية السيارة او الانتقالية فانها تصيب الاطراف عادة وتتجه فى امتدادها نحو الجذع والرأس وفى العادة تمتد وتنتشر بهذه الكيفية

بحيث ان التغير المرضى عند انطفائه من محل مصاب ابتداء يبتدئ فى محل مجاوره وانه من ذلك حصولا انتقال الحمرة الجلدية من المحل المصاب الى محل آخر بعيد عنه ونرك اجزاء سليمة من الجلد بينهما كثيرة الامتداد اوقليلته وكل من الاحتقان والانتفاخ فى الحمرة الجلدية السيارة لا يصل عادة الى درجة عظيمة كما فى الشكل السابق من هذا المرض وكما ان الاحمرار والانتفاخ يشتد فى المركز فى هذا الشكل ويزول شيأ فشيأ فى الدائرة تكون اجزاء الجلد المحددة للاجزاء المصابة بالحمرة السيارة هى الا كثر احمرارا وانتفاخا وكذا الحمى التى تصاحب هذا الشكل من الحمرة وان كانت درجتها متوسطة عادة لكن حيث ان هذا المرض يمتد أسابيع بل وأشهرا (وفى هذا الزمن قد تعود الحمرة فى اثناء سيرها الى المحال التى تركتها وتصيب المحال التى أصابتها ابتداء) فالدرجة المتوسطة للحمى تكفى فى انتهاك قوى المريض وتهديد الحياة بالخطر

﴿ المعالجة ﴾

يستعمل لأجل الوقاية من الحمرة وسائط عديدة تعرف بالوسائط العلاجيه السمباتوية بل وكثير من الاشخاص المتفطنين والمستنيرين يحملون أنواعا عديدة من المواد المعروفة (عند المصريين) بالمشاهرة لاجل وقايتهم من الحمرة أولاجل دفعها وطردها عند الاصابة بها وحيث ان سير هذا المرض دورى ويكاد ينتهى على الدوام انتهاء جيدا فكل حالة جديدة من الحمرة تعتبر بالنسبة للاشخاص الذين يميلون للاعتقادات الفاسدة دليلا قاطعا قويا على جودة الطريقة العلاجية السمباتوية المستعملة وحيث لا يجدى نفعا فى مثل هذه الاحوال النهى عن ذلك ولا الامور المفضية للتشكك ان أريد مضاربة الاعتقادات السهلة الفاسدة وان الوسائط السمباتوية المستعملة لدفع الحمرة فيها منفعة وهو ان المرضى تصبر مع الأمن من تأثير تلك الطرق ولا تبحث عن وسائط علاجية مضرة فالذى نوصى به فى مثل هذه الاحوال عدم التعرض لاعتقادات العامة الذين يعتقدون فى جودة الوسائط العلاجية السمباتوية وعلى كل حال فمثل هؤلاء المرضى يحسون براحة اكثر مما اذا استعمل الطبيب لهم المقيآت بسبب تغطية اللسان

والرائحة المنتنة للغم كما يفعل بكثرة فى كل حالة حمرية وجهية وأجود مما اذا استعمل عند المرضى مضادات الالتهاب الظاهرية والباطنية اومما اذا استعمل لهم وسائط مهيجة على الجلد الملتهب منعا وخوفا من ارتداع الحمرة لكن وان كان الاجود والموصى به فى اغلب احوال الحمرة هو ترك المرض ونفسه لانه لا يمكن ايقاف سيره وقطعه وينتهى فى الغالب بالشفاء بدون أدنى معالجة او بمجرد تغليف الاجزاء الملتهبة بالقطن الناعم الا انه مع ذلك قد تطرأ أعوارض تستدعى طرقا علاجية قوية ففى احوال التوتر الشديد المؤلم للجلد قد اوصى المعلم (اسكودا) بالوضعيات الباردة على الجلد الملتهب بواسطة المكمدات بالماء البارد أو الماء الجليدى لكن حيث ان الطبيب يجد بذلك عائقا عظيما بسبب الاعتقادات الفاسدة المتسلطنة على عقول العامة وحيث انه كلما حصل عارض خطر عند استعمال هذه الطريقة العلاجية تنسبه العوام ولا بد لتلك الطريقة فالذى نوصى به لا لاجل راحة المريض وهدءه بل بقصد اطمئنانهم واهلهم وحفظهم من التأسف ترك ذلك ويستعمل بدلا عن التبريد الضغط الخفيف أو التشريط الدقيق الصغير جدا فان النتيجة واحدة وكذا يزول الانتفاخ المؤلم فى زمن قليل عقب طلاء الجزء الملتهب المصاب بالحمرة بالكولوديون واحداث ضغط خفيف عليه كما يزول به هذا الانتفاخ المؤلم ايضا عقب عمل التشريط الدقيق بسن الريشة مثلا فى الجزء المصاب ويظهر كذلك ان استعمال الحجر الجهنمى الذى تمس به الاجزاء الملتهبة هى وما حولها جملة مرات أو بمحلول مركب من نترات الفضة ٥ جرام او حمض النتريك ٨ نقط على ١٥ جرام من الماء (اعنى نصف أوقية) له تأثير مشابه لذلك واما تحديد الاجزاء المصابة بالحمرة بمس الاجزاء المحيطة بها بواسطة الحجر الجهنمى الذى كان يوصى به سابقا بكثرة منعا لامتداد الحمرة فلم يتحقق من جودته وترك الآن فى العصر المستجد وأهم الامور فى معالجة هذا المرض والمعتنى به هى الحمى ولا سيما الحمى المتوسطة الشدة المستطيلة المدة التى تصاحب هذا المرض خصوصا فى شكله السيار وهنا يستعمل بنجاح الكينين ومركبات الكينا ومن الجيد فى مثل هذه الاحوال استعمال اغذية لطيفة مقوية مع النبيذ القوى

فانه وان اوصى كل من المعلم (ويليان وويلياسس) فى معالجة الحمرة باستعمال النبيذ البورت بان يعطى منه من ١٢٠ الى ٢٤٠ جراما أعنى من اربع اواق الى ٨ كل يوم وذكر انه شاهد شفاء اخطر حالة من احوال الحمرة الوجهية بهذه المعالجة فما يوجه ذلك الا بكونه فى مثل هذه الاحوال التى فيها تنهك الحمى قوى المريض يحصل ولا بد نفع عظيم من اعطاء المشروبات الكؤلية بمقدار عظيم

واما غير ذلك من المضاعفات كالالتهابات السحائية فانها تعالج على حسب القواعد المعلومة واما الاجتهاد فى ارجاع الالتهابات الجلدية المرتدة كما كان يقال سابقا بواسطة الحراريق أو غيرها من المهيجات الجلدية فلا فائدة فيه ولا ينبغى الايصاء به واما الخراجات والتهتكات الغنغرينية للجلد فينبغى معالجتها بحسب قواعد الجراحة

﴿المبحث الخامس﴾

(فى الهربس المعروف بالالتهاب الجلدى السطحى ذى السير الحاد)
(الذى تتكون فيه جملة حويصلات مرتفعة على الجلد)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الهربس يقرب من الحمرة الجلدية فى كونه التهابا جلديا حادا ينتج عن اسباب غير معلومة الا أنه يتميز عنها اوّلا بانحداده الواضح وبجلاس الالتهاب القاصر على الطبقات السطحية للجلد وعرفه الشهير (هبرا) بانه مرض جلدى ذو سير حاد دورى مصحوب بارتشاح مخصوص وهذا الارتشاح يتجمع اسفل البشرة على شكل نقط صغيرة فيرفعها بحيث لا يكوّن مطلقا حويصلات متفرقة بل مجموعة على الدوام وهذه الحويصلات تكون ذات شكل وحجم متساويين ومدتها قصيرة ومجموع تلك الحويصلات لا يتكوّن فى آن واحد بل فى ظرف بعض ايام بحيث يوجد منها تجمعات حديثة بجوار حويصلات مجتمعة منطبقة وكثيرا ما يشاهد فى اثناء سير كل من الالتهابات الرئوية والحميات المتقطعة والالتهابات السحائية الدماغية الشوكية الوبائية وغيرها من الامراض الحمية ظهور طفح هربسى فى الوجه لاسيما فى الشفتين ولا يشاهد

هذا الطفح فى غير ذلك من الامراض الثقيلة لاسيما التيفوس البطنى ومن المعتقد من منذ زمن طويل ان ظهور الطفح الهربسى الوجهى فى الامراض الحمية علامة جيدة بالنسبة للانذار ولذلك يدعى بقبلة الشفاء ومن الجائز أن يكون السبب فى هذا الاعتقاد ان الامراض التى ينشأ عنها هذا الطفح على الدوام او وهو الغالب يكثر انتهاؤها بالشفاء دون الامراض التى لا يشاهد فيها هذا الطفح مطلقا أو يشاهد فيها نادرا وقد يحصل الطفح الهربسى عند اشخاص سليمين من قبل ذلك وبدون الامراض السابق ذكرها

واما الهربس المنطقى فمن المحقق الآن انه ينشأ عن اصابة مرضية فى الفريعات العصبية المغذية التى تسير فى آن واحد مع الفريعات الحساسة والمحركة لعصب ما وأما القول بان لكل نوع من الهربس منشأ مشابها لذلك بمعنى ان الهربس الشفوى مثلا ينشأ من اصابة مرضية لفرع عصبى صغير فهذا لم يتأكد منه الى الآن

﴿الاعراض والسير﴾

يتميز الهربس بحسب المحل المصيب له الى شفوى وغيره فالشفوى هو الذى يكون مجلسه الشفتين ولا يندر أن يمتد الى الغشاء المخاطى الفمى وان كان مجلس مجموع الحويصلات الهربسية فى اجزاء أخرى من الوجه لاسيما الوجنتين والاجفان سمى بالهربس الوجنى والجفنى واستحسن الشهير (هبرا) تسمية جميع اشكال الهربس التى تحصل فى الوجه بالهربس الوجهى وكذا يسمى الهربس بالهربس القلفى الذى يستحسن تسميته بالهربس الاستحائى لانه لا يشاهد فى القلفة فقط بل فى غيرها من اجزاء الاعضاء التناسلية الظاهرة والهربس المنطقى المعروف بالمنطقة وهو شكل مخصوص يتبع فى ظهوره وامتداده سير الاعصاب الجلدية فان ظهر فى الصدر يكون جميع حويصلاته نوع شريط عريض منطقى مستمر أو متقطع يبتدئ من فقرة محدودة ويتبع سير احدى المسافات الضلعية نحو القص ويكاد يوجد دائما هذا الشكل فى احدى جهتى الصدر وان كان مجلس المنطقة البطن وظهرت على جدره امتد مجموع الحويصلات فى اتجاه مشابه للمنطقة الصدرية بمعنى انه يبتدى من احدى الفقرات القطنية ويمتد نحو الخط

المتوسط من البطن أو جبل الزهرة وان كان مجلسه القفا تكون عنه اما نصف
دايرة حول العنق او ان مجموع الحويصلات يمتد الى اسفل نحو الضلع الثانى
والمنطقة الوجهية تمتد تابعة لسير العصب الوجهى سيما على الوجنة الى سطح
الانف والمنطقة الرأسية تمتد على مسير العصب فوق الحجاج من الجبهة لنحو
الرأس او على مسير العصب القمحدوى فى الجزء الخلفى من الرأس وكذا فى
المنطقة العضدية والفخذية يمتد الطفح على مسير الاعصاب الناتجة من
الضفيرة العضدية أو الفخذية أو الوركية وفى جميع اشكال الهربس يبتدى
الطفح باحساس بألم لا يكون عادة محرقا بشدة فى الاجزاء المصابة من الجلد
ثم عما قليل من الزمن تظهر نقط عديدة محمرة واضحة تختلط ببعضها وتكون
لطخا مختلطة غير منتظمة وتغطى عادة فى اليوم الثانى لظهورها
بحويصلات صغيرة شفافة ومتحصل تلك الحويصلات التى يندر أن يفوق
عظمها حجم العدسة والحمصة يتعكر فى اليوم الثانى او الثالث ويصير
لبنيا او يحمر لاختلاطه بالدم وفى اليوم الثالث او الرابع تأخذ الحويصلات
فى الانطفاء وفى اليوم التالى لذلك يجف متحصلها وتستحيل جدرها الى
خشكريشة مسمرة تنفصل بعد الطفح الاول بعشرة أيام او باربعة عشر يوما
فيخلفها بقعة تبقى محمرة مدة من الزمن ومغطاة بطبقة بشريه خفيفة
والآلام الموجودة من ابتداء ظهور الهربس وان كانت غير محرقة
بشدة تزول عادة فى الزمن الذى فيه تأخذ الحويصلات فى الهبوط
والهربس المنطقى قد يصطحب باضطراب عام حمى ومن النادر أن يسبق
هذا الاضطراب بظهور الحويصلات كالاضطراب العام الحمى الذى يسبق
الحمرة وارتشاح الجلد الالتهابى واما باقى اشكال الهربس فانها تسير
بدون حمى والحمى التى تصاحبها لا تكون متعلقة بالهربس بل بالمرض
الاصلى الذى ينضم اليه هذا الطفح سيما الهربس الوجهى وزيادة عن
الاشكال المذكورة من الهربس يميزله شكل حلقى وشكل قزحى
والتقسيم الذى انبنى عليه هذا التمييز ليس هو محل الاصابة كما فى الاشكال
السابق ذكرها بل هو وضع الحويصلات واصطفافها وهذا يماثل بالكلية
وضع الحلمات فى الايرتما الحلقية والقزحية ففى الهربس الحلقى تظهر

الحويصلات على شكل حلقة فى جزء سليم من الجلد (لكن هذه الحويصلات تكون عادة اصغر مما فى باقى اشكال الهربس وتزول بعد ثمانية ايام او اربعة عشر ولا تبتدى دائما بتكون قشور بل قد يمتص متحصلها ويخلف ذلك تفلس خفيف) واما الشكل القزحى فيوجد فيه فى مركز الحلقة الواحدة او فى مركز جملة منها حويصلة او جملة حويصلات وحويصلات الحلقات نفسها تظهر بأدوار مختلفة الظهور والسير وبالجملة فاغلب اشكال الهربس الحاقى او القزحى تنشا عن طفيل نباتى

﴿المعالجة﴾

حيث ان الاشكال المختلفة من الهربس تكون ذات سير دورى وتزول بعد مضى زمن بدون أن يخلفها نتايج مضرة وان الآلام والمكابدات التى تصاحبها واهية تكون الطريقة العلاجية المتبعة فى اشكال الطفح الهربسى هى الطريقة الانتظارية ويكفى حفظ الحويصلات والخشكريشات التى تعقب جفافها من الاحتكاك وغير ذلك من المؤثرات المضرة ففى الهربس المنطقى الاكثر تعرضا للاحتكاك يغطى الطفح بألواح من القطن الناعم وتترك موضوعة بدون نزعها كما يستعمل ذلك فى الحرق السطحى ويوصى بكثرة باتباع هذه الطريقة العلاجية الانتظارية فى معالجة الهربس القلفى وشفاء التسلخات السطحية التى تعقب انفجار الحويصلات هو الدليل القطعى وعليه المعتمد فى عدم الخطأ فى التشخيص وكون المريض مصابا بالهربس لا بقرحة افرنجية اولية وهذا التشخيص سهل فى الاحوال الحديثة فان اجتماع عدد عظيم من الحويصلات واصف للهربس والتسلخ الذى يعقب انفجار تلك الحويصلات يعرف بشكله فانه ناشئ عن انفجار عدد عظيم من الحويصلات واما بعد مكث التسلخ زمنا طويلا لاسيما ان كان قد صار مسه من المريض المرهوب بالحجر الجهنمى فان التشخيص يعسر ولا يمكن التأكد منه غالبا بملاحظة سير المرض فان شفى التسلخ بوضع رفادة مبتلة بالماء البارد بين القلفة والحشفة وتغييرها مرة او مرتين كل يوم فى ايام قليلة او فى اثناء اسبوع جاز مع التأكد نفى وجود القرحة الزهرية

*(المبحث

﴿المبحث السادس﴾

(فى الالتهاب الجلدى السطحى الحاد المصحوب بتكون درن عليه)

(المعروف بالانجرية)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

يتكون فى الانجرية ارتفاعات سطحية محدودة على الجلد قاعدتها اعظم من ارتفاعها القليل جدا وهذه الارتفاعات المسماة بالدرنات الانجرية تنشأ عن ارتشاح الجسم الحلى بمادة مصلية كما نظهر ايضا عن ارتشاح اخلية الشبكة الملبيجية ثم ان كلا من الظهور والزوال السريعين للارتشاح المحدث للطفح الانجرى كان حقه ان يلجئنا لعدم اعتبار الانجرية من جملة الاضطرابات الغذائية الالتهابية كأوذيما جزئية محدودة فى الجلد ذات امتداد وتحديد مخصوصين غير واضحين لولا ان اطلقنا لفظ التهاب جلدى فى الفصل الذى نحن بصدده على كل تغير نضحى فى الجلد سواء ظهر وسار بظواهر التهابية واضحة اوبدونها وكذا اعتبارنا الانجرية من جملة الالتهابات الحادة مع ان هناك احوالا فيها تصاب المرضى بهذا المرض جملة من السنين ينبنى على انه فى مثل هذه الاحوال لا يوجد تغير مرضى مزمن بل الموجود هى حالة نكسية تتردد بفترات قصيرة لمرض حاد واحد واسباب تكون الدرن الانجرى مختلفة بعضها معلوم وبعضها مجهول وباختلاف الاسباب تميز انواع مختلفة من الانجرية الناتجة عن المهيجات الظاهرة ومن هذا القبيل

﴿أولا﴾ الانجرية التى تنشأ عن التهيج الموضعى للجلد عقب ملامسة نبات الانجرية ووبر بعض الهوام والحيوانات الرخوة ايضا وكذا الناتجة عن لدغ البراغيث والناموس عند بعض الاشخاص عقب هرش الجلد بالاظافر

﴿ثانيا﴾ الانجرية الناتجة عن بعض المطعومات وهذا الشكل يحصل عند الاشخاص عقب اكل التوت الارضى أو عقب اكل السرطان البحرى او من تعاطى الحيوانات ذات الغلاف الحجرى وبعض القطر النباتى أو غيره من المطعومات غير الاعتيادية وفى مثل هذه الاحوال يعدمن

النظريات القول بانه وصل الى الدم جوهر خريف أثر على الجلد تأثيرا مهيجا ومن الامور المهمة كون تلك الجواهر الغذائية لاتحدث الانجرية الاعند أشخاص قليلين وتحدثها عندهم على الدوام تقريبا بعد تعاطيها ومن جملة اشكال الانجرية الناتجة عن المطعومات تعد ايضا الانجرية التى لاينذر أن تنشأ عن تعاطى مقدار عظيم من البلسم الكوباتى

﴿ثالثا﴾ الانجرية الحمية أو الحمى الانجرية وأسباب هذا الشكل من الانجرية المصحوب بحمى شديدة واضطرابات هضمية وله فى كيفية ظهوره وسيره مشابهة عظيمة بالامراض الطفحية الحادة غير معلومة

﴿رابعا﴾ الانجرية المزمنة واسباب هذا الشكل قليل الحصول مجهولة ايضا و يظهر فى بعض الاحوال انه ناتج عن استعداد وراثى

﴿خامسا﴾ كاعده (هبرا) شكل من الانجرية يكون ولابد متعلقا بحالة تهيجية فى الرحم و يظهر عند بعض النساء فى اثناء الحمل و بعضهن فى اثناء الحيض وفى غيرهن مع الاصابات المرضية للرحم وعقب وضع الفرازج فى الرحم

﴿الاعراض والسير﴾

الحلمات الانجرية ترتفع دائما على سطح الجلد بقاعدة محمرة بواسطة الاحتقان واما الحلمات نفسها فانها تكون فى الغالب مبيضة لاسيما فى الاحوال التى فيها يضغط الارتشاح المصلى على اوعية الجسم وهذا ما يعرف بالانجرية البيضاء وتارة تكون متفرقة وتارة مختلطة ببعضها وهذا ما يعرف بالانجرية المختلطة طورا تكون مدة تلك الحلمات قصيرة جدا وهى الانجرية الوقتيه وآونة تستمر زمنا طويلا وهى الانجرية المستمرة وان كانت الحلمات عظيمة يابسة سميت الانجرية بالدرنية فان كانت صغيرة جدا سميت بالحلمية اوبالحزاز الانجرى وان حصل فى بعض الحال مع ذلك ارتشاح مصلى على السطح الظاهر من الجلد وارتفعت البشرة على شكل حويصلات سميت حويصلية وجميع التعقدات اوالحلمات الانجرية تصطحب بأكلان شديد متعب يلجئ المريض الى الهرش دائما وهذا الاحساس والعلامات المدركة على الجلد هى الاعراض الوحيدة لجميع اشكال الانجرية ماعدا

الانجرية الجبة ومدة هذا المرض تكون قصيرة على الدوام كبعض أيام
لكن الانجرية المزمنة تتردد زمنا فزمنا مع فترات قصيرة تستمر مدة
اشهر بل وسنين وذلك بان يظهر طفح ذو تعقدات او حلمات بدون أن يستمر
كل طفح على حدته زمنا طويلا والحمى التى تسبق الانجرية او تصحبها
ترتقى الى درجة عظيمة بحيث يجف اللسان ويضطرب النوم أو يظهر
هذيان وان انضم لهذه الحمى اسهال شديد متكرر يدل على اصابة الغشاء
المخاطى المعوى بحالة مرضية مشابهة لاصابة الجلد اكتسبت صورة المرض
شكلا ثقيلا ومع ذلك فان الطفح يزول وكذا الحمى والظواهر المعدية بعد
ايام قليلة ويعقب ذلك نقاهة طويلة

﴿المعالجة﴾

لوامكن الصناعة الطبية زوال أكلان الجلد الشديد فى جميع الاحوال وعند
جميع المرضى المصابة بهذا المرض الحاد القصيرة المدة الذى يزول من نفسه
لترتب على ذلك ثمرة عظيمة لكن الوسائط العلاجية الموصى بها فى هذه الحالة
اجودها غسل الجلد بمحلول حمضى مخفف اوذلكه بقطعة من الليمون المالح
غيرانها لاتنجح فى جميع الاحوال وكذا ليس عندنا جواهر قوية علاجية
جيدة التأثير فى الانجرية المزمنة ولذا نقتصر فى هذا المرض على معالجة
الاضطراب البنيى العام عند المرضى بواسطة تدابير غذائية اوعلاجية لاجل
ازالة اضطراب الهضم وفساده مع منع المشروبات الروحية فانها كثيرا
ماتحدث الانجرية عند بعض الاشخاص

﴿المبحث السابع﴾

(فى الالتهاب الجلدى السطحى المنتشر)

(المصحوب بنضح مصلى على السطح السائب من الجلد بدون سيردورى)

(المعروف بالاجزيما)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الاجزيما اكثر اشكال التهاب الجلد حصولا وهذا المرض يطابق الهربس
فى اورمنها ان الاضطراب الغذائى الالتهابى فيه يكون قاصرا على
الطبقات السطحية من الجلد ويحصل فيه على الخصوص نضح مصلى على

السطح السائب من الجلد لكن يتميز عن انواع الهربس من جهة بميله للامتداد على سطح الجلد فان ذلك واضح فيه ولوفى الاجزيما القليلة الامتداد ومن جهة اخرى بسيره غير الدورى وغير المرتبط بازمنة معينة كما فى أنواع الهربس ويمكن مقارنة الاجزيما بالالتهابات النزلية فى الاغشية المخاطية فان هذا المرض كما انه اكثر الاصابة المرضية للجلد الظاهر فكذلك الالتهابات النزلية تكون فيها الاصابة المرضية قاصرة على السطح الظاهر من الغشاء المخاطى غالبا وليست فى جوهره وكذا تصطحب بنضح مصلى غزير على السطح السايب منه كما وانها تمتد عادة على سطح متسع وان كانت الاصابة ذات امتداد قليل فى الابتداء يكون لها ميل للامتداد أيضا

وحيث ذكرنا ان الاجزيما نوع التهاب جلدى منتشر مصحوب بنضح مصلى على السطح السايب منه فمن الواضح كثرة تكون حويصلات على الجلد فى هذا المرض كما انه من الواضح ايضا ان تكوين الحويصلات ليس عرضا ملازما ولا وصفا ضروريا للاجزيما فانه ان كان النضح الحاصل على السطح الظاهر من الجلد غزيرا بحيث تتكون منه نقط صغيرة وكانت البشرة ذات مقاومة كافية بحيث لا تنثقب من النضح حالا وحينئذ تتكون حويصلات نشأ عن ذلك شكل الاجزيما المعبر عنه بالاجزيما البسيطة أو الحويصلية واما ان صار متحصل الحويصلات عكرا مصفرا قيحيا باختلاطه بخلية جديدة التكوين وهى التى يوجد منها عدد قليل جدا فى كل حويصلة واستحالت الحويصلات الى بثرة سميت الاجزيما بالبثرية واما ان كان النضح ليس غزيرا ولا متكونا النقط ترفع البشرة أو تمزقها فانه يجف عادة بعد زمن قصير ثم تنفصل البشرة فيما بعد من الجسم الحلمى بواسطة النضح ولذا يرى بدلا عن الحويصلات والبثور قشور جافة ترتفع بسهولة عن الجلد المحمر وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالبتريازيس الاحمر وتسمى الآن بالاجزيما القشرية وبالجملة فان انفصلت الطبقة البشرية بواسطة النضح وصارت الادمة عارية محمرة ظاهرة بدون طبقة قشرية سميت الاجزيما بالاجزيما الحمراء (أو بالناشعة) وكثيرا ما يجف النضح المتكون على سطح الجلد بعد انفصال البشرة مكونا القشور أو خشكريشات ولذا ان اشكال

الاجزيما النشاعة هذه كانت تسمى سابقا بالسعفة القشرية وبالقشور اللبنية وبالقشور المخاطية وغير ذلك

وقد عد الشهير (هبرا) من جملة اشكال الاجزيما الطفح الجلدى الذى يظهر فى غالب الاحوال بحلمات صلبة ويسمى بالحزاز وسمى هذا الشكل الخامس بالاجزيما الحلمية وحيث انه فى هذا الطفح الجلدى الحلمى يحصل نضح غزير مصلى على السطح السائب من الجلد به تنتفخ أخلية الشبكة الملبيجية بدون أن يكون هذا النضح غزيرا حتى لا يسيل على السطح السايب من الجلد ويرفع الطبقة القرنية من البشرة على هيئة حويصلات فلا مانع من ضم الحزاز الى الاجزيما او عده منها لكن لا يجوز أن يستثنى من ذلك بعض أشكال الحزاز وجعلها اشكالا مخصوصة مخالفة للاجزيما

ثم ان الالتهابات الجلدية الاجزيماوية تنشأ عن جملة أسباب منها اولا المهيجات اللاواسطية التى تصيب الجلد كتأثير الحرارة الجوية المرتفعة عن حرارة الجسم وبذلك تنشأ الاجزيما الناتجة عن شدة الحرارة الجوية وكتأثير أشعة الشمس الشديدة وبذلك تحصل الاجزيما الشمسية وكتأثير الحمامات الحارة أو الحمامات المعدنية وعن ذلك تنشأ الاجزيما المعروفة عند العامة بجرب الحمامات المعدنية وكتهيج الجلد باستعمال الوضعيات البارد ة والتشلشل البارد وعن ذلك ينشأ ما يسمى عند الائدروباتيين (أى الاطباء المشتغلين بالمعالجة بالماء البارد) بالطفح الجلدى البحرانى وكتأثير الدلك بالمرهم الزيبقى على الجلد وعن ذلك تنشأ الاجزيما الزيبقية ويمكن عد عدد عظيم من أنواع الاجزيما وازديادها جدا لو أردنا تسمية كل اجزيما تنشأ عن تأثير مهيجات نباتية أو معدنية اوجواهر طفيلية أليةأو الضغط أوالهرش بأسماء مخصوصة وأما الالتهاب الجلدى الاجزيماوى الناشئ عن الاكاروس الجربى فسنذكره فى مبحثه وكذا يعد من جملة الاجزيما الدخنية الحمرا الاجزيما الناشئة عن العرق الغزير وتحصل الحويصلات فى هذا الشكل نضح التهابى ذو خواص قلوية وليس كما فى الدخنية البيضاء (وهو المعروف بالعرق الخبيث) ثانيا عوق استفراغ الدم الوريدى وحيث ان هذه الاضطرابات الدورية تحصل غالبا فى الاطراف السفلى تكثر

ولابد اصابتها بالالتهابات الاجزتماوية التى تشابه من حيثية المنشأ النزلات المعدية الناتجة عن انضغاط الوريد الباب والنزلات المستقيمية الناتجة عن الاحتباسات الدموية فى الاوردة الباسورية ثالثا تكون الاجزيما ذات ينبوع بنى فى كثير من الاحوال والاستعداد البنى للاصابة بالاجزيما وغيرها من أمراض الجلد يعبر عنه عادة بالدسكرازيا الطفحية اى سوء الاخلاط الطفحى وبالاستعداد البنى الطفحى ولفظ سوء الاخلاط الطفحى يعنى به ان دم الاشخاص المصابة بالطفحات الاجزتيماوية البنية يكون متغيرا كما أو كيفا لكن حقيقة هذه النظريات لم تثبت بل بعيدة عن العقل فانه يشاهد أجزيما ذات ينبوع بنى بدون شك عند أشخاص دمويين بكثرة كما تشاهد ايضا عند الانيماويين وتشاهد عند المنهوكين كما تشاهد أيضا عند الاشخاص المتمتعين بصحة جيدة ولا تكون الاخلاط فيهما متغيرة بالكلية واما لفظ دياتيز طفحى فلا يمكننا الاعتراض عليه لانه موافق للحقيقة ولا يتصور منه مع التأكيد كون الاستعداد البنى للاجزيما اوغيرها من امراض الجلد الموجودة حقيقة ينبوعه اضطرابات غذائية اوغيرها من تغيرات الاخلاط وسوء القنية الطفحى لا يندر أن يكون وراثيا بل قد أثبت المعلم (ويل) انه وراثى فى كثير من الاحوال ويعبر عنه بالاستعداد الخلقى ومظنة وجوده متى كان اغلب الاخوة من عائلة واحدة مصابة بالاجزيما وكذا يظن وجوده متى كان الابوان أو الجدان مصابين بهذا المرض ولا حاجة لذكر كون الدياتيز الطفحى كغيره من الامراض الوراثية يورث وتولد به الاطفال ويوجد استعداد بنى واضح للاجزيما الاسيما للاجزيما البثرية عند الاشخاص الخنازيرى البنية والراشتيسيين وبعض انواع الاجزيما يكون له ولابد ارتباط بالدسبسيا المزمنة اى سوء الهضم المزمن والبعض الآخر له ارتباط باضطراب الحيض وفى مثل هذه الاحوال وان كان لا يندر الحصول على شفاء الاجزيما بواسطة معالجة موضعية الا أن نكساتها لا تزول الا بزوال الاضطرابات السابق ذكرها والغالب أن لا يمكن اثبات وجود الارتباط بين الاستعداد الطفحى الواضح وبين اضطراب التغذية العامة أو الاصابات

المرضية

المرضية لبعض الاعضاء وانغاظ ورالاجزيما بدون مؤثرات مضرة أثرت على الجلد وكثرة ترددها ولو مع تجنب المؤثرات المضرة المذكورة هى العلامة الوحيدة الدالة على اضطراب البنية

﴿الاعراض والسير﴾

الاعراض المحسوسة للمريض فى الاجزيما هى الاحساس بأكلان والاحتياج الشديد للهرش على الدوام وهما عرضان يوجدان فى جميع أمراض الجلد التى فيها يكون الجسم الحلمى مصابا واما الاعراض المدركة للطبيب فقد سبق بيانها فقد ذكرنا ان الجلد الذى هو مجلس للالتهاب الجلدى المنتشر السطحى الغير الدورى المعبر عنه بالاجزيما يكون مجلسا لحويصلات صغيرة تارة وتارة لحويصلات مختلطة ببثور وتارة أخرى مغطى بقشور وفى احوال أخرى يكون هذا الجزء مكونا لسطح أحمر نشاع عاريا عن البشرة وفى غير ذلك من الاحوال مغطى بقشور عظيمة اوفلوس وفى العادة تنقسم الاجزيما زيادة عن البسيطة والقشرية والحمرا والبثرية الى مزمنة لكن هذا التقسيم فضلا عن كونه غير مطابق للتعقلات السليمة التى لاتسمح بجعل قسم آخر من الاجزيما مؤسسا على سير المرض أعنى على اساس تقسيم مخالف لما تقدم وقد تحقق فى الطب العملى ان هذا التقسيم يؤدى للخطأ العظيم فان الاجزيما المزمنة التى أريد جعلها نوعا آخر متميزا عن الاجزيما الحادة تسير بسير مشابه لما يحصل فى البسيطة والحمرا والقشرية والبثرية وفى الاحوال المستعصية المستطيلة المدة من الاجزيما الحمرا قد ينضم للظواهر المرضية التى تشاهد على السطح الظاهر من الجلد تغيرات فى جوهره وهى عبارة عن ضخامة التهابية فى الادمة فى غالب الاحوال مشابهة لثخن الغشاء المخاطى المعدى والشعبى فى احوال الالتهابات المعدية والشعبية المزمنة ويندر أن تكون عبارة عن ضمور فى الادمة ناتج عن الضغط الواقع على الجلد من القشور والفلوس المتراكمة عليه

واهم من تقسيم الاجزيما وتمييز أنواعها على حسب شكلها ومدتها انقسامها بالنسبة لامتدادها المختلف على سطح الجسم الى أجزيما عامة وموضعية بدون اخذ اللفظ الاول الى معناه المطابق فان الاجزيما العمومية وان كانت

تمتد على سطح عظيم من الجسم لكن من النادر جدا أن تشغل سطح الجسم بتمامه والاجزيما العمومية أندر مشاهدة من الاجزيما الموضعية وتظهر اما ظهورا حادا أو تسير حينئذ بصفة الاجزيما البسيطة او الاجزيما القشرية ويندر أن تكون على صفة الاجزيما الحمرا أو انها تسير سيرا مزمنا فتكتسب حينئذ فى الاجزاء المختلفة من الجسم اشكالا مختلفة ايضا لاسيما شكل الاجزيما الحمرا بحيث يوجد سطح عظيم من الجسم عار عن البشرة نشاع ذو قشور عظيمة والاجزيما العمومية المزمنة مرض ثقيل مستعص للغاية وان لم يكن مهددا للحياة محدثا على الدوام لاضطراب فى حالة التغذية العامة للمريض

واما الاجزيما الموضعية فكثيرا ما يكون مجلسها فروة الرأس وفى ابتداء هذا المرض ان تكون على هذا الجزء حويصلات فالغالب أن لا تدرك وتسقط بسرعة بالتمشيط أو الهرش وان ظهرت الاجزيما الراسية بصفة الاجزيما البثرية أو الحمرا حصل ارتشاح أو نشع عظيم فيلتصق الشعر ببعضه ويتكون على الرأس قشور تارة سطحية رخوة وتارة ثخينة صلبة كانت تعرف سابقا بالقشور السعفية أو النخالية وتكون هذه القشور محلا للقمل ويتكاثر فيها جدا وكثيرا ما تتقيح العقد الليمفاوية العنقية فى أحوال الاجزيما النشاعة للرأس أو تتقيح وتكتسب الاجزيما الرأسية صفة أخرى ان كان النضح المنسكب قليلا جدا بحيث لا تتكون حويصلات على البشرة وفى مثل هذه الاحوال تكتسب الاجزيما الرأسية شكل الاجزيما القشرية بحيث لا توجد جلدة الرأس المحمرة مغطاة بعدد عظيم من القشور البشرية المنفصلة فقط بل توجد كذلك تلك القشور بين الشعر وياقة الملابس وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالسعفية وان كانت القشور البشرية المختلطة بالنضح الجاف مكونة لطبقات كثيفة لماعة تسمى بالسعفة القشرية اللماعة وكذا تشاهد الاجزيما بكثرة فى الوجه بجميع اشكالها وعند الاطفال تكثر الاجزيما البثرية والحمراء وتصيب على الخصوص الوجنتين والذقن بدون اصابة الاجزاء الأخر وسطح هذه الاجزاء يكتسب هيئة محمرة لماعة ويتغطى بعد ظهور بعض الحويصلات والبثرات

وانفجارها بسائل صاف مصفر ثم يجف هذا السائل فيما بعد فيتكون عن
ذلك قشور مصفرة واذا أزيلت تلك القشور قبل انطفاء هذا المرض فلا يوجد
اسفل منها طبقة بشرية حديثة بل توجد الادمة العارية النشاعة واما الاجزيما
البثرية الوجهية والحمرية فكانت تسمى سابقا بالبريجو الوجهى وبالسعفة
الوجهية وبالقشور اللبنية وبالقشور الثعبانية ونحو ذلك ولا يندر أن تمتد
الاجزيما من الوجه الى القناة السمعية الظاهرة واكثر مضاعفتها بالزكام
او الارماد وانتفاخ العقد الكائنة أسفل الذقن والعنق وفى كثير من الاحوال
تكون الاجزيما الوجهية قاصرة على الاذنين والحاجبين والاجفان لاسيما
زوايتيهما أو على الشفتين فتكون هذه الاجزاء مرصعة بحويصلات أو عارية
عن البشرة ومغطاة بافراز سائل أو قشور أو يكون شكل الاجزيما المصيبة لها
على شكل قشرى محدود وتحصل الاجزيما فى محيط الحلمة الثديية عند
النساء المرضعات وكذا عند غيرهن بل وعند الاطفال وحتى تشاهد على شكل
الاجزيما الحمراء المستعصية وكذا تحصل الاجزيما على شكل مزمن
محدود حول السرة لاسيما عند الاشخاص السمان ويوجد شكل مهم من
هذا المرض وهو الاجزيما الاستحيائية فتصيب فى الرجال القضيب والصفن
وعند النساء الشفرين العظيمين وتسير اما سيرا حادا على شكل الاجزيما
البسيطة عادة او سيرا مزمنا كسير الاجزيما الحمراء النشاعة وهذا الشكل
يوقع المرضى فى حالة يأس بسبب الاكلان الغير المطاق المصاحب له
فيه عادة وعين ذلك يحصل فى الاجزيما التى تصيب الشرج وتحصل فى
محيط الاست أو فى العجان غير ان هذا الشكل يكون أقل افرازا من الاجزيما
الاستحيائية وقد شرح المعلم (هبرا) شكلا آخر من الاجزيما المصيبة
للجهة الانسية من الفخذين وسماه بالاجزيما الخطية وهذا الشكل يحصل على
الخصوص عند الجزمجية والخيالة ويبتدى عادة من المحل الذى فيه يلامس
الصفن الجهة الانسية من الفخذين ومن هنا يمتد الى أجزاء أخر وبعد
قليل من الزمن يصيب الجهة الانسية من الفخذ المقابل بالاستوا والانتظام
والاجزيما التى تحصل فى الاطراف تشاهد بكثرة فى الساقين وتكون على
شكل بقع عظيمة حمر غزيرة الافراز مغطاة بقشور متفاوتة الثخن وتسمى

عادة بالاجزيما السيلانية وان كانت الاجزيما مصيبة لثنيات المفاصل وجدت مغطاة بطبقة بشرية هشة خشنة بسبب اختلاطها وتكاثفها بالنضح القليل الجاف فتنشقق عند تحرك المفاصل وتكون تشققات مؤلمة للغاية

ومن المستغرب حصول الاجزيما في اليدين والقدمين واصابتهما معا بكيفية واحدة فان كانت الجهة الوحشية هى المصابة سارت الاجزيما بشكلها البسيط مع تكون حويصلات ويسهل حينئذ اختلاطها بالجرب وان كانت مصيبة للجهة الانسية فمن النادر تكون حويصلات بل الغالب أن تكون الاجزيما الحمراء مغطاة بطبقة كثيفة من البشرة الجافة المختلطة بالنضح وحيث ان هذه الطبقة تنفصل على الدوام من راحة اليدين وأخمص القدمين على شكل قشور مبيضة سميت أجزيما راحة اليدين واخمص القدمين خطأ بالبتر يازس أو البسر يازس الراحي او الاخمصي

﴿ المعالجة ﴾

يقع في معالجة الاجزيما كما في باقي معالجة أمراض الجلد نوعان من الخطأ فان جماعة من الاطباء يعتقدون ولا بد ان كل معالجة موضعية للاجزيما خطأ عظيم وذلك لعدم المعلومية على زعمهم بان كان زوال الطفح له عواقب خطرة أم لا ولذا ان هذا القسم من الاطباء بسبب الخوف الذى لا أساس له غالبا من كون زوال الطفح وشفائه بمعالجة موضعية يضر بالمريض يأمرون غالبا باستعمال جواهر دوائية من الباطن التى تضر بالمرضى بلا شك وفريق منهم تابع بلا تبصر شهرة (هبرا) ويزعم ان المعالجة الباطنة للاجزيما لا فائدة فيها ويعالج جميع انواعها بدون استثناء ولو التى حصل عقب ظهورها زوال أمراض بعض الاعضاء المهمة بوسايط علاجية ظاهرية ولا يشك من نجاح طريقة المعلم هبرا من انه في معظم الاحوال تفضل المعالجة اللاواسطية للجلد عند المصابين بمرض جلدى اذ بهذه الطريقة العلاجية تكاد لا تزول الاضطرابات الغذائية للجلد مع التأكيد والسرعة فقط بل أقل ضررا بالمرضى عن الطرق العلاجية الباطنة بواسطة المسهلات الشديدة والاستحضارات المعدنية وغيرها من

الجواهر

الجواهر الدوائية الشديدة الفعل وبالجملة فن المحقق انه من الاعتقادات الفاسدة ماعدا بعض أحوال استثنائية ان الخطر قد ينشأ من شفاء المرض الجلدى بواسطة معالجة موضعية ومن جهة أخرى لاينكر ان الاجزيما التى تعالج فقط بوسايط علاجية موضعية تكثر نكساتها وانه يوجد حقيقة بعض أحوال منها فيها الخوف من ان شفائها بواسطة معالجة موضعية يعقبه اصابة مرضية فى الاعضاء الباطنة مبنى على الاساس

و يعد من أنواع الاجزيما التى نعتقد ان المعالجة الموضعية الشديدة فيها غير جائزة بل يخشى منها اولا الاجزيما النشاعة لفروة الرأس والوجه عند الاطفال فان الظاهرة المعلومة من انه عقب شفائها تحصل بسرعة نزلات شعبية مزمنة ولابد مع هذا فليس من الثابت المحقق ان تلك الامراض ظهرت بسبب زوال الاجزيما والعكس بالعكس اعنى ان أمراض الاعضاء الباطنية زالت بسبب ظهور هذا الطفح لكن عكس هذه المسألة ايضا ليس من الثابت المحقق ومن الجائز أن هذا الارتباط السببى الذى أشرنا اليه وجوده كاف فى عدم استعمال المعالجة الموضعية فى الاجزيما النشاعة لفروة الرأس والوجه عند الاطفال وان أريد مضاربة هذا التصور والاعتراض عليه بانه كان من المتسلطن من منذ زمن طويل آراء مطابقة لذلك بالنسبة للنتائج المضرة للمعالجة الموضعيه للجرب وانها رفضت فيما بعد بالكلية وتحقق انها من الاعتقادات الفاسدة لاعترفنا بامكان ذلك وتجويزه وانه فى العصر المستقبل سيتحقق ان الخوف من المعالجة الموضعية فى الاجزيما المذكورة لا أساس له ونقول ولابد ان هذا الخوف والحالة التى عليها العلوم والمعارف الطبية فى عصرنا هذا واجب التمسك به والاثبات القوى بان غيرها من الاجزيما عولجت بمعالجة موضعيه وشفيت بدون ضرر لايدل على شئ بالنسبة لشكل الاجزيما الذى نحن بصدده فانه ولو مع المشابهة العظيمة الظاهرية لانواع الاجزيما مع بعضها يوجد بينها ولابد اختلافات بالنسبة لنسبها بين حالة التبادل العنصرى والتغذية فى باقى أجزاء الجسم

ثانيا يعد من الاجزيما التى لايجوز فيها فعل معالجة موضعية الاجزيما

التى تحصل عند البالغين وتكون بحسب الظاهر معوضة لغيرها من الامراض التى تكون قد زالت عند ظهورها (وهبرا) وان ذكر صريحا انه عالج وأبرأ بدون ضرر مثل هذه الاجزيما عند كثير من المرضى بمعالجة موضعية فمع ذلك ليس عندنا جسارة ولو مع شهرته فى اجراء معالجة موضعية فى الاجزيما التى عند ظهورها قد زالت أرماد ثقيلة واضطرابات مرضية فى الهضم أو غيرها من الامراض الثقيلة

ثالثا يوصى بعدم اجراء معالجة موضعية أو اقله الاقتصار عليها بالكلية فى احوال الاجزيما المتعلقة باصابة مرضية بنيية وبالنسبة لبعض الاطباء الذين يزعمون ان كل اجزيما مجهولة السبب متعلقة بحالة ديسكرازية لم يبق الا قليل جدا من أنواع الاجزيما التى يجوز معالجتها معالجة موضعية فقط ولا بد بعد من التقدمات العظيمة التى اكتسبتها معالجة الامراض الجلدية فى العصر المستجد أن لا تعتبر الاجزيما بنيية الا اذا وجد خلافها اصابات بنيية مرضية تدل على نوعيتها وتعلقها بتغير بنى وتعالج بمعالجة عمومية لا موضعية ومن المتفق عليه بالنسبة للاجزيما الزهرية عدم الاقتصار على تجويز معالجة موضعية كما وانه لا يجوز الايصاء بالاقتصار على معالجة موضعية فى احوال الاجزيما التى تحصل عند الاشخاص الخنازيرى البنية والمصابين بالراشتيسم والتى تظهر عند البنات المصابات بالخلوروز وتنضم للاصابات المرضية فى الاعضاء التناسلية فان الوسائط العلاجية المؤثرة تأثيرا موضعيا وان كانت غير مضرة هنا الا انها لا تستعمل الا بقصد مساعدة المعالجة العمومية المضادة للمرض الاصلى لكن ننبه على انه ليس من النادر ان الاجزيما التى نشأت بدون شك عن اصابة بنيية عمومية قد تصير قائمة بنفسها بعد انطفاء الاصابة البنيية وزوالها وتستمر الى أن تزول وتشفى بواسطة معالجة موضعية قوية وقد شاهدت حالة مرضية فى مجدبرغ عند أحد التجار فيها كان المريض مصابا باجزيما مشوهة جدا فى الوجه والرأس مع اصابات زهرية واستمرت جملة من السنين بعد زوال جميع اعراض الداء الزهرى وشفى هذا المريض بواسطة معالجة موضعية فى قليل من الاسابيع أجراها عنده أحد الجراحين بواسطة مرهم من الراسب الابيض

وكربونات الرصاص وذلك بعد ان استشار هذا المريض أغلب مشاهير الاطبا فى اوربا وأجرى معالجات زهرية قوية بدون طائل المرة بعد المرة

ثم ان كلا من الطفحات الرأسية النشاعة للاطفال والاجزيما العوضية والتى يكون ينبوعها بقيا يكون عددا قليلا جدا بالنسبة لانواع الاجزيما التى فيها تستعمل المعالجة الموضعية بدون معارضة مع النجاح العظيم ولنذكر ابتداء من الوسايط الموضعية الراسب الابيض على شكل مرهم بان يؤخذ من اول كلورور الزيبق النشوى) ٤ جرام (اعنى درهما) ومن (الشحم النظيف أو المرهم البسيط ٣٠ جراما اعنى أوقية) او السليمانى الاكال على شكل محلول خفيف بان يؤخذ (من ثانى كلورور الزئبق الاكال من ٥ سنتجرام الى واحد ديسيجرام (اعنى من قمحة الى اثنتين) ومن الماء المقطر ٣٠ جراما اعنى (أوقية) فان هذين الجوهرين سهلا الاستعمال ولا تتكره المرضى منهما مثل المراهم القطرانية والصابون الطبى وغيرهما من الوسائط العلاجية ولانهما يكفيان فى معظم الاحوال لشفا الاجزيما ولو المستعصية فى زمن قليل وليس عندنا مقدرة على توجيه التأثير الجيد للراسب الابيض والسليمانى الاكال فى الجلد الملتهب التهابا اجزيما ويا توجيها شافيا لكننا نذكر ان كلا من المرهم الراسب الابيض والاحمر مستعمل من منذ زمن طويل فى الالتهاب الملتحمى ومعدود فيه من الوسايط القوية التاثير والاجزيما التى فيها يستعمل مرهم الراسب الابيض على الخصوص هى اجزيما الوجه وفروة الرأس التى لا تكون ذات امتداد عظيم ولاسيما التى تؤدى لثخن عظيم فى الادمة اذ فى مثل هذه الاحوال قد تحقق لنا على الدوام نجاح هذه الطريقة العلاجية فى الاكلينك وفى الطب العملى فاننا بذلك شاهدنا زوال الاجزيما فى قليل من الاسابيع ولو التى استمرت سنة أو سنتين بل والتى استمرت ثمانى أو عشرين سنة وكنا نخشى استعمال المرهم الراسب الابيض خوفا من التلعب والتسمم الزئبقى فى احوال الاجزيما ذات الامتداد العظيم جدا لكن قد تحقق لنا مرة النجاح العظيم فى مثل تلك الاحوال أيضا وصار تحمله بدون ضرر

وقد شاهدنا عين ذلك أى حصول النجاح من استعمال مرهم الراسب

الابيض فى الاجزيما الممتدة على اجزاء من الجسم كالوجه والاطراف العليا والسفلى مع بعض ثخن فى الجلد كما ذكره غمابر لكننا فى هذه الحالة كنا مستمرين على الدلك به جزاء بعد الاخر زمنا طويلا بدون مشاهدة ادنى عارض منه وكنا نؤثر به على الجزء الممتد فيه ظواهر الاجزيما بالاكثر

والنكسات عقب استعمال مرهم الراسب الابيض غير مأمونة ولذا يجب ايقاظ المرضى وتنبيهها على حصولها وامرهم باستعمال العلاج ثانيا متى ظهر ادنى اثر من هذا المرض اذ بذلك يمكن شفاؤه شفاء تاما ويكفى فى معظم الاحوال دلك الجزء المريض مرتين او ثلاثة بمرهم الراسب الابيض أو مسه بالفرشة المغموسة فى محلول السليمانى كل يوم ومن الواضح انه ينبغى قبل ذلك الازالة القشور الموجودة ونزعها وتجفيف المحل تجفيفا جيدا قبل دلكه أو مسه ومثل مرهم الراسب الابيض ومحلول السليمانى الاكال المركبات الخارصينية والزحلية فانها تستعمل كذلك فى معالجة الاجزيما التى لا تكون ذات امتداد عظيم ولم تؤد الى ثخانة عظيمة فى الجلد ويوصى باستعمال محلول كربونات الخارصين بقدر ٢ جرام على ١٨٠ جراما من الماء (اعنى نصف درهم منه على ست أواق من الماء) ومرهم أوكسيد الخارصين وكبريتات الرصاص بقدر ٤ جرام منهما على ٣٠ جراما من الشحم (أعنى درهما على أوقية) ويوصى عند المرضى التى لا تتحمل المراهم باستعمال مخلوط مكون من زهر الخارصين مع الجليسرين أو المسحوق المكون من زهر الخارصين مع مسحوق ثمر الليكبود اى الكبريت النباتى أو النشاء بان يؤخذ من زهر الخارصين ٤ جرام (اعنى درهما) ومن النشاء ٣٠ جرام اعنى اوقية وفى احوال الاجزيما النشاعة سيما التى تكون خلف الاذنين وثنية الركبتين وبين اصابع اليدين والقدمين تستعمل بنجاح المعالجة التى اوصى بها المعلم هبرا بواسطة المرهم الدياخيلونى المجهز بالكيفية الآتية وهى ان يؤخذ عجينة الشمع الدياخيلونى وتسيح على حرارة لطيفة ويضاف اليها قدرها من زيت بزر الكتان ويمزج هذا المخلوط مزجا جيدا بتحريكه حال برودته اوانه يوصى بالمركب الآتى وهو ان

يؤخذ

يؤخذ من زيت الزيتون النقي ١٥٠ جراما اعني خمس اواق ومن المرتك الذهبي ٤٠ جراما (اى عشرة دراهم) ويطبخ الى ان يستحيل الى مرهم رخو ثم يضاف اليه من زيت الخزامى ٢ جرام اعنى نصف درهم ويمزج ذلك ويعمل مرهما ويدلك بالمرهم الدياخيلوني امامرتين او ثلاثة على المحل المريض او يطلى بهذا المرهم وهو الاجود رفائد صغيرة من الكتان ويغطى بها المحل المريض وفى احوال الاجزيما المتمدة المصحوبة بأكلان شديد لاسيما الاجزيما العمومية يوصى ولابد باستعمال التشاشل البارد فان هناك بعض المرضى لا تتحمل الوسائط المهيجة الشديدة الآتي ذكرها وقد اوصى المعلم هبرا بالتشاشل اقله مرة او اثنتين او ثلاثة في النهار ويكون استعماله مدة عشر دقائق أو ١٥ دقيقة فى محل حار اذ بهذه الطريقة يمكن شفاء الاجزيما ولو المستعصية جدا على جميع الطرق العلاجية ولو ان ذلك يحتاج لزمن طويل وجهاز التشاشل يمكن فعله بثمن قليل

وبدلا عن التشاشل البارد يمكن استعمال المكمدات الباردة فى الاحوال الحديثة من الاجزيما الموضعية لاسيما التى لا تتحمل الوسائط المهيجة وكلما استعصت الاجزيما واشترك جوهر الادمة فى الاصابة السطحية وكان ملمس الجلد يابسا وتعسر رفعه على هيئة ثنية احتاج الحال لاستعمال الوسائط الدوائية الممدوحة بكثرة والجارى استعمالها فى معالجة جميع الامراض الجلدية المستعصية وذلك لانها تحدث تنوعا عظيما فى تغذية الجلد

وقد دلت التجارب على ان الاستحضارات الكبريتية التى هى من جملة تلك الوسائط قليلة الجدوى فى معالجة الاجزيما ولا تثمر الا فى احوال نادرة منها لاسيما فى الاجزيما الخطية كما قال هبرا اى التى تظهر فى ثنية الفخذين بل مضرة فى غالب احوالها بخلاف كل من الصابون الاخضر والقطران والبوتاسا الكاوية فانه ذو منفعة عظمى فى جميع احوال الاجزيما العتيقة المصحوبة بارتشاح عظيم فى الادمة ولنذكر مع الاختصار كيفية استعمال تلك الجواهر طبقا لما ذكره المعلم هبرا فنقول أما الصابون الاخضر الطبي فيدلك به المحل المريض مرة أو مرتين كل يوم او يطلى به رفائد من الصوف

ويغطى به المحل المصاب مع تغييرها مرتين كل يوم وينبغي التمادى على ذلك
ثلاثة ايام اوستة ثم يوصى باستعمالها بدون نزع المرهم الموجود به اوالرفائد
الموضوعة عليه ثم يؤمر المريض بعد ثلاثة ايام بحمام وتوقف المعالجة مدة
يوم وينبغي تكرار هذه الطريقة الى ان يزول ثخن الادمة بالكلية ويقف النشع
وهذا الزمن الذى فيه تستحيل الاجزاء النشاعة الى اجزاء قشرية جافة يعتبر
هو انه الوقت الذى فيه يبدل استعمال الصابون الطبى بالقطران وقد فضل
المعلم المذكور من جميع انواع القطران ما كان قليل الكراهة فى الرائحة وهو
المسمى بالزيت السكوبى المجهز من شجر حب العرعر (المسمى بزيت
الكاد) ويفضله عن القطران المعتاد المجهز من خشب اشجار الفصيلة
المخروطية (وهو القطران السائل الاعتيادى) ونحن نستعمل منذ سنين
عديدة بدلا عن القطران النقى أومراهمه محلولا من القطران فى الكؤول
(بان يؤخذ من القطران السائل ومن الكؤول اجزاء متساوية اومن القطران
السائل والصابون الاخضر اجزاء متساوية اعنى ١٥ جراما ومن الكؤول ٣٠
جراما اعنى اوقية) فهذا المحلول كاف فى جميع الاحوال وسهل الاستعمال
عن القطران النقى والمراهم القطرانية ويسهل نزعه عن الجلد والدلك بمحلول
القطران ينبغي تكراره مرة اومرتين كل يوم الى ان تصير الطبقة السمرة
المتكونة على الجلد ملتصقة به ولا تنفصل منه بسهولة بعد زمن يسير بل
تبقى جملة من الايام ولا تظهر بعد انفصالها اجزاء الجلد المريض
محمرة فانه مادامت القشرة القطرانية تنفصل بسهولة والجلد الكائن
تحتها احمر دل ذلك على عدم انتهاء التغير المرضى ثم ان كان استعمال
القطران من الظاهر يحصل فى العادة بدون ضرر ينشأ عند بعض
المرضى عقب الدلوكات الاولى به التهابات جلدية شديدة تمنعنا عن استمرار
المعالجة واكثر من ذلك حصولا هو انه عقب الدلك المستمر بالقطران على
اجزاء ممتدة من الجلد يطرأ ظواهر تهيج شديد فى المعا أو الكليتين
كالقئ والاسهال وخروج بول مسود ذى رائحة قطرانية واضحة تظهر
خصوصا عند اضافة بعض نقط من حمض الكبريتيك اليه وكالحمى والدوار
ونحو ذلك وهذا ولابد يلجئنا لايقاف المعالجة وكما انه يوجد بعض أنواع

من الاجزيما لايجوز فيها استعمال كل من الصابون الاخضر والقطران يوجد أيضا أحوال اخرى من هذا المرض فيها تتحمل المرضى المعالجة المذكورة بلا طائل وهذه هى الاحوال التى فيها ينبغى استعمال كى الجزء المريض من الجلد بمحلول مركز من البوتاسا الكاوية ٥ جرام على ١٠ جرام من الماء أعنى درهما على درهمين والكى بهذا المحلول لا ينبغى فعله الامرة فى الاسبوع وعند اجرائه ينبغى مس الجزء المريض بسرعة بواسطة فرشة من النسالة صار غمسها فى المحلول ثم يغطى الجزء المريض بالمكمدات الباردة بسرعة وذلك لاجل تلطيف الالام الشديدة التى تنتج عن ذلك وبهذه الطريقة تشفى الاجزيما ولو المستعصية جدا عقب تكرار المس بهذا المحلول خمس مرات أو ست

وبالجملة فان قيل هل ينبغى الاقتصار على المعالجة الموضعية فى الاحوال التى فيها وان شفيت المرضى من الاجزيما لكنها لا تكون صائنة عن النكسات اولا وهل ينبغى أن ينضم الى المعالجة الموضعية معالجة عمومية فى مثل تلك الاحوال ولو لم توجد اضطرابات بنيية عمومية كداء الخنازير والراشيتسم وأحوال سوء الهضم المستطيلة المستعصية أو اضطرابات الحيض أم لا فاما المعلم هبرا فيرفض ذلك البتة وأما المعلم ويل فانه يقول أيضا باهمية المعالجة الموضعية كالمعلم هبرا الا أنه يضم للمعالجة الموضعية استعمال المنقوعات المليئة ويودور البوتاسيوم بمقادير يزداد فيها على التدريج ولو فى الاحوال التى فيها لا توجد اضطرابات بنيية مدركة ونجاح هذه الطريقة العلاجية فى اكلينك المعلم ويل واضح للغاية حيث تيسر له ملاحظة حالة المرضى التى تعالج عنده حال حصول النكسات لهم وترددهم الى مارستانه ونحن لا نقول بتجويز ذلك فقط بل نعتبر من الضرورى ضم معالجة عمومية للمعالجة الموضعية فى جميع الاحوال التى فيها مع تجنب المؤثرات المضرة على الجلد يحصل نكسات متكررة من الاجزيما فان من الامور القليلة الفائدة كون المرضى بعد شفائها تعود لها الاجزيما بعد قليل من الاسابيع كما كانوا ولا حاجة للبحث الدقى المستطيل حتى توجد امثلة عديدة مثبتة لكون بعض الاشخاص التى عولجت باجود طرق علاجية من اطباء مشهورين

جدا فى معالجة الامراض الجلدية مصابة من مدة سنين باجزيما وان هذه الاشخاص شفيت منها مدة قليلة من الزمن عقب استعمال اى طريقة علاجية ولا يمكن جعل قواعد عامة بخصوص اجراء المعالجة العمومية عند مثل هؤلاء الاشخاص المصابين بالاجزيما الناشئة عن سبب بنيى طفحى لكنه على وجه الاجمال لا صعوبة فى ايجاد معالجة عمومية لائقة فان الحالة البنيية للاشخاص وتغذيتهم وحالة معيشتهم من الامور التى يرتكن اليها فى تأسيس الطريقة العلاجية التى يترتب عليها تنويع معيشتهم مع النجاح وكذا بنيتهم بدون ضرر ومما يوجب الاسف كون التأكد من النجاح للطريقة العلاجية لم يظهر فى كثير من الاحوال وقتيا فقط يؤدى للرجوع الى الطريقة القديمة الفاسدة التى تعلى حسبها تعالج كل اجزيما باستعمال المسهلات على انفرادها فانها فى الاجزيما المزمنة لا تثمر مطلقا بل مضرة فى الغالب لكن متى كان عند نا مريض مصاب باجزيما مزمنة وكان عنده تولد شحم غزير وكان كثير الأكل والشارب زيادة عما يحتاج اليه تعويض جسمه ومعتادا على تعاطى جواهر غذائية مولدة للشحم بكثرة فلابد وان يشفى هذا المريض بسرعة ويستطيل شفاؤه زمنا طويلا متى استعمل له معالجة مسهلة منتظمة وانتظم التدبير الغذائى زيادة عما اذا اقتصر عنده على استعمال معالجة موضعية ولم يلتفت الى التدبير الغذائى لا فى انتهاء المعالجة ولا بعدها ونحن نوصى فى مثل هؤلاء المرضى متى كانت الاجزيما ممتدة بمطبوخ (زيتمن) وان كان تركيبه غير معقول وذلك لان المرضى تمتثل عند استعماله لتدبير غذاى جيد

وأما اذا كانت حالة الاشخاص المصابة بالاجزيما مغايرة للاشخاص السابق ذكرها بان كانت غير جيدة البنية وضعيفتها فلا ينبغى اعطاؤها تلك المسهلات ولا تقليل تغذيتها حيث لو أجرينا ذلك لتثاقل المرض فعند مثل هؤلاء الاشخاص ينبغى ولابد التمسك بحالة معيشة بها تقوى تغذية الجسم مع استعمال زيت السمك وما ماثل ذلك من الجواهر المعوضة كالمركبات الحديدية والكينية والزرنيخية ونحو ذلك

(المبحث الثامن)

(فى الالتهاب الجلدى السطحى المنتشر المصحوب)
(بتكون بثور صغيرة المعروف بالامبتيجو)
(كيفية الظهور والاسباب)

ينفرز فى الامبتيجو كما فى الاجزيما نضح مصلى على السطح الظاهر من الادمة مع تكون كمية عظيمة من أخلية جديدة تختلط بالمادة المصلية ولذا لايكون متحصل الحويصلات الصغيرة المتكون فى الالتهاب الجلدى البثرى صافيا شفافا كما فى الاجزيما بل متعكرا مصفرا وعند انثقاب الطبقة البشرية المصفرة المغطية لتلك البثرات ينسكب سائل صديدى يستحيل فيما بعد الى قشور صفراء مخضرة وحيث ان المتحصل المصلى للحويصلات فى الاجزيما يختلط على الدوام بعد قليل من الزمن بالاخلية الجديدة ومتحصل بعض الحويصلات فى الاجزيما البثرية يكون كذلك مختلطا بكمية عظيمة من اخلية جديدة ويظهر مصفرا صديديا فمن الواضح انه لايمكن وضع حد فاصل بالدقة بين الاجزيما والامبتيجو وانه لابد من وجود اشكال بينهما يمكن عدها مع الاجزيما كما يمكن عدها مع الامبتيجو وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للطفح النشاع للرأس عند الاطفال المعبر عنه تارة بالاجزيما الراسية أو الوجهية وتارة بالامبتيجو أو (البرروبجو) للرأس أو الوجه

ويعد من أسباب الامبتيجو ابتداء المهيجات اللاواسطية المؤثرة على الجلد تأثيرا ظاهريا وكلما كان الجلد شديد التأثر سهل انتاج المهيجات الواهية للالتهابات وتكون نضح خلاى على السطح الظاهر منه فهناك بعض اشخاص يكفى عندهم وضع مساحيق راتنجية أو ضمادات فاترة فتحدث بسرعة ظهور طفح على الجلد وشدة تأثر الجلد توجد خصوصا عند الاشخاص ذوات الجلد الرقيق البشرة الابيض اللون لاسيما عند الاشخاص الخنازيرى البنية بل عند هؤلاء قد يظهر الطفح البثرى بكثرة بدون مهيجات مدركة أثرت على الجلد ولذا انه يعد مع الالتهابات النزلية المزمنة والانتفاخات العقدية من الاعراض المهمة لداء الخنازير وبالجملة يشاهد الامبتيجو خصوصا عند الاطفال بدون مهيجات مدركة على الجلد

وبدون استعداد خناز يرى اوبسبب آخر معلوم ويقال على العموم فى مثل هذه الاحوال التى ليست بنادرة ان الذى أحدث الطفح هو الغذاء القوى ولاسيما اللبن الام الدسم او حرارته وليس لهذا القول ادنى اساس قوى يرتكن اليه

﴿الاعراض والسير﴾

التهاب الجسم الحلمى الذى ينشأ عنه التضخم فى الامبتيجو يكون مصحوبا باكلان واحتياج للهرش وهاتان الظاهرتان المحسوستان مع وجود بثرات صغيرة مدببة على قاعدة محمرة او وجود قشور مصفرة مخضرة تكون الاعراض الوحيدة للامبتيجو ويندران يحصل فى الالتهاب الجلدى البثرى الشديد جدا ذى السير الحاد حمى شديدة واضطراب بنيى عام وعلى حسب كون الطفح البثرى قاصرا على جزء من الجلد اومنتشرا على سطح عظيم منه يميز الامبتيجو الى محدود ومنتشر ويشاهد الاول غالبا فى الوجه لاسيما الوجنتين والشفتين والانف وفروة الرأس لكن لايندران يشاهد فى الجذع والاطراف فيشاهد ابتداء بقع محمرة منعزلة عن بعضها او مختلطة فى محال من الجسم مستديرة او بيضاوية الشكل وغير منتظمة متفاوتة الاتساع فان كان هذا الاحمرار شديدا جدا والجلد متوترا لامعا ووجدت الحمى نشا شكل الامبتيجو الذى سماه (ويليان) بالامبتيجو الحمرى ثم يظهر على القاعدة المحمرة بسرعة نكت صغيرة مصفرة يعظم حجمها بسرعة حتى تصل الى حجم العدسة وترتفع عن موازاة الاجزاء المحيطة بها بقليل وعما قريب من الايام تنفجر تلك الحويصلات ويستفرغ متحصلها فيجف ويكون لقشور مصفرة يبقى أسفلها انضح قليل من سائل قيحى وبذلك يحصل ازدياد فى ثخن القشور وفى أثناء ذلك تظهر بثرات جديدة حولها وعند نزع تلك القشور التى قد تكتسب احيانا ثخنا عظيما توجد اسفلها الادمة التى تكون عارية ابتداء ثم تغطى بنضح قيحى مصلى وتكون مغطاة فى انتهاء هذا المرض بطبقة بشرية رقيقة حديثة التكوين تلمع الادمة من خلالها بلون أحمر وعند تحرك الاجزاء المريضة يحصل فيها تشقق وسير الامبتيجو المحدود يكون عادة تحت حاد بحيث ان التغير المرضى فيه ينتهى فى ظرف اسبوعين

او

اوثلاثة عقب انفصال القشور ومع ذلك توجد أحوال يكون فيها هذا الشكل من الامبتيجو مزمنا بحيث يستمر جملة أشهر بل سنين فى بعض احوال نادرة فيها يحصل فى جوهر الادمة كما فى الاجزيما المزمنة تغير بحيث تصير ثخينة متيبسة

وأما الامبتيجو المنتشر فانه يصيب على الخصوص الاطراف وكثيرا مايكون منتشرا على جميع احدها بل وعلى جميع سطح الجسم وكل من احمرار الجلد الذى يحصل مع اكلان شديد وظهور بثرات وانفجارها وتكون القشور وازدياد ثخنها شيأفشيأ مع تكون بثور حولها وسقوط تلك القشور يحصل كما فى الشكل السابق انما شكل الامبتيجو المنتشر كثيرا مايكون ذا سير بطئ مزمن ويؤدى غالبا لتقرحات سطحية لان التكون الخلوى الجديد لا يحصل على سطح الادمة فقط بل يحصل كذلك فى جوهرها

المعالجة

كثير من احوال الامبتيجو لا يحتاج الى وسائط علاجية قوية فانها تشفى من نفسها بعد بعض اسابيع ولذا يقتصر فى الاحوال الحديثة على الازالة القشور زمنا فزمنا بواسطة الزبد الغير المملح او المرهم الحلو البسيط اوغيرهما من الجواهر الدسمة وفصلها بواسطة الضمادات الفاترة الملينة وان استمر هذا المرض جملة اسابيع اواشهر فلا ثمرة فى المعالجة الانتظارية وحينئذ يلتجا تبعا للقواعد التى سبق ذكرها فى المبحث السابق لاجراء معالجة عامة اوموضعية والاولى يحتاج لها بكثرة فى الامبتيجو زيادة عما فى الاجزيما فان شكل الالتهاب الجلدى البثرى يكون فى كثير من الاحوال عبارة عن ظاهرة مرضية من ظواهر اضطراب التغذية العامة

اما المعالجة الموضعية للامبتيجو ففيها تستعمل الوسائط العلاجية التى تقدم ذكرها فى المعالجة الموضعية للاجزيما انما يندر تحمل الوسائط المهيجة الشديدة المستعملة بكثرة فى الاجزيما وذلك لشدة الالتهاب فى المرض الذى نحن بصدده المتصف بالتكون القيحى العظيم ويفضل فيها كل من الراسب الابيض واوكسيد الخارصين وكبريتاته والكى الخفيف بنترات الفضة عن الاستحضارات الكبريتية والدلك بالصابون الاخضر الطبى والقطران ونحو ذلك

﴿المبحث التاسع﴾

(فى الالتهاب الجلدى المصحوب بتكون بثور عظيمة منعزلة عن بعضها)
(المعروف بالاكتيما)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

بثور الاكتيما وان ارتفعت على الدوام على قاعدة شديدة الاحمرار منتفخة بسبب ارتشاحها السكن ولو مع ارتقاء الالتهاب فى هذا المرض ينبغى ان تكون الاخلية القيحية فى هذا الشكل من الالتهاب الجلدى قاصرة على السطح الظاهر ولا يمتد فى الغالب الى جوهرها وفى هذه الحالة الاخيرة تؤدى الاكتيما الى تقرح فى الجلد تخلفه ندب التحامية وماذاك الا لكون فقد الجوهر الناشئ عن ذلك يستعاض بنسوج خلوى جديد التكوين ينكمش فيما بعد

وتنشأ الاكتيما غالبا عن تأثير مهيجات على الجلد ومن ذلك الطفح البثرى للاكتيما الناشئ عن تأثير مرهم الطرطير المقئ (المعروف بالاكتيما الانتمونية) وكذا الذى يحصل فى ايدى واذرع البنائين والحدادين وصناعى الاقفال بتأثير الكلس او الجزيئات المتطايرة من الحديد المسماة بالشرر والتى تنشاء عن الهرش الشديد عند وجود حيوانات طفيلية فى الجلد أو طفح ذى اكلان وفى أحوال أخرى قد تظهر الاكتيما بدون تأثير مهيجات على الجلد كما يشاهد ذلك فى سير بعض الامراض الحية الحادة فتشابه حينئذ فى حصولها الجرب وبالجملة فقد تشاهد الاكتيما عند بعض الاشخاص ذوات المعيشة الرديئة المنهوكة أو بعض الامراض الثقيلة المستطيلة وكالمكث فى السجون والاماكن الرديئة الهواء كما انها تشاهد عند المدمنين على السكر والمصابين بالاسكربوط وهذا يسمى بالاكتيما المنهوكة وأما الاكتيما الزهرية فسنذكرها فى محلها

﴿الاعراض والسير﴾

كل من الالتهاب الجلدى وارتشاحه الذى يسبق تكون بثور الاكتيما ويصحبه يكون مصحوبا بالام ناخسة او بحمى عند الاشخاص الكثيرى التنبيه والبثور الاكتيماوية تكاد لا تكون عديدة مطلقا وتكون منعزلة

ومحاطة

ومحاطة بهالة عريضة حمراء ومجلسها فى الغالب الاطراف والاليتان والصدر والعنق ويندر ظهورها فى الوجه ومعظم هذه البثور النصف كرية التى تكون مرتفعة عن الاجزاء المجاورة لها يفوق احيانا حجم الحمصة ومتحصلها يكون عبارة عن سائل مصفر قيحى او محمر بسبب اختلاطه بالدم وبعد بعض ايام يجف متحصل البثرة فيتكون خشكريشات مستديرة مسمرة تبقى سطحية وتسقط بعد قليل من الزمن وربما مكثت زمنا طويلا ويزداد ثخنها شيأ فشيأ متى استمر التقيح الكائن اسفلها وفى الحالة الاولى يخلف سقوط الخشكريشة بقعة محمرة مغطاة بطبقة بشرية حديثة وفى الحالة الثانية يخلفه تقرح سطحى او غائر فى الادمة وسير الاكتيما يكون اما حادا او مزمنا ففى السير الحاد الذى تسير به اشكال الاكتيما الناتجة عن مؤثرات ظاهرية والتى تظهر فى اثناء سير الامراض الحمية يبقى الحال قاصرا على طفح واحد من البثور الاكتيماوية والبثور نفسها لا تبقى الا زمنا قليلا والخشكريشات التى تسقط بسرعة لا يخلفها قروح بالكلية او يخلفها قروح سطحية واما فى السير المزمن الخاص بالاكتيما النهوكية فان الطفح يتكرر فى فترات كثيرة او قليلة واحمرار الهالة الالتهابية المحيطة بها يكون مزرقا ومتحصل البثور يكون مسمرا او وسخا ويظهر اسفل الخشكريشات الكثيفة التى تتكون شيأ فشيأ وتسقط ببطء تقرحات عميقة مستعصية عن الشفاء

(المعالجة)

الاكتيما النهوكية ذات السير المزمن التى تؤدى لتقرحات فى الجلد هى التى تحتاج لوسائط علاجية قوية فينبغى اولا الاجتهاد فى ازالة حالة النهوكة بتجديد الهواء واستعمال تدبير غذائى مقو واعطاء النبيذ والاستحضارات الكينية والحديدية ومن الظاهر تستعمل الضمادات الفاترة مادامت الظواهر الالتهابية ثم ان تكونت قروح ضعفية ينبغى استعمال معالجة منبهة لا سيما مس القروح بالحجر الجهنمى

(المبحث العاشر)

(فى الالتهاب الجلدى السطحى المصحوب بجملة حويصلات عظيمة)
(او فقاعات متفرقة المعروف بالبمفيجوس)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

فى البمفيجوس تشاهد حويصلات ممتلئة بسائل شفاف غير متشحة تشبه الحويصلات التى تنشأ عن استعمال الحراريق اوحرق الجلد وليس عندنا ادنى توجيه اشاف لهذا التغير المرضى الغريب والبمفيجوس الذى يحصل عند الاطفال المولودين جديدا يكون ينبوعه فى غالب الاحوال زهريا وتصاب به الاطفال اكثر من البالغين وبعض المرضى يتضح عندهم قبل ظهوره علامة سوء القنية العمومية النهوكية والبعض الاخر يبقى حافظ الهيئة صحية عظيمة ولم يزالوا حافظين لها فى اثناء ظهور هذا الطفح وقبله مالم تحصل النهوكة عندهم بتردد الطفح والامتناع عن النوم وقد يشاهد حصول هذا المرض منتشرا كأنه وبائى

﴿ الاعراض والسير ﴾

التغيرات الابتدائية التى تشاهد احيانا فى الجلد عبارة عن ظهور بقع محمرة مستديرة مصحوبة باحساس بأكلان اوحرق وتكون شاغلة فى الغالب للظهر والبطن والاطراف وبعد قليل من الساعات يظهر فى مركز تلك البقع حويصلات صغيرة شفافة تعظم بسرعة بحيث تشغل جميع سطح البقعة اوانها تترك هالة محمرة ضيقة حولها والحويصلات اما ان تكون مستديرة او بيضاوية من حجم العدسة اوالكرزة الى حجم الجوزة ومتحصلها يكون ابتداء شفافا ثم يصير متعكر البنيا وبعد ثلاثة ايام اواربعة تنفجر تلك الحويصلات ويخلفها تسلخ ينفرز منه مدة بعض ايام مادة مصلية ثم يتغطى فيما بعد بقشرة رقيقة يتكون اسفل منها طبقة بشرية جديدة والمحل الذى كان مجاسا للحويصلة يبقى فيه بقعة محمتية لكن قبل شفاء الحويصلات الابتدائية تتكون حويصلات جديدة وهذه يعقبها اخرى وعلى هذا يتعاقب الطفح جلة مرات بحيث يمكن مشاهدة جميع اداوره على جلد المريض وجميع هذا قد يستمر فى بعض الاحوال جملة اسابيع ثم ينتهى المرض ومع ذلك فى النادر ان يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب ان هذا التغير المرضى يتكرر بعد مضى اسابيع اواشهر والمرض يأخذ فى السير الذى كان قد أخذه فى المرة الاولى ويكون فى العادة ذا مدة مثل السابقة بحيث

لا يندر مشاهدة النكسة ثلاث مرات اوأربعة
وفي أحوال أخرى لا ينطفئ ظهور الطفح الجديد بعد ثلاثة أسابيع او اربعة
بل يستمر جملة اشهر فالحالة الصحية العامة للمرضى وان كانت غير مرضية
في ابتداء هذا المرض الا انه ينتقع فيما بعد ولا بد لونهم باستمرار هذا المرض
ويضعفون ويقعون في حالة ضعف سواء كان هذا ناتجا عن فقد الاخلاط
او من كون سير البمفيجوس المجهول علينا له تأثير مضر على التغذية العامة
وكل من النحافة والنهوكة وامتقاع اللون يتقدم بسرعة متى كان نوم المريض
مضطر بابتكرار الطفح الحويصلي المصحوب باكلان شديد وعلى هذا فجميع
المرضى المصابة بالبمفيجوس المزمن تهلك ولا بد في حالة نهوكة وقد وقع
تجادل عظيم في كون هذا الداء مزمنا على الدوام او حادا والذي يظهر لنا ان
هذا التجادل خال عن المعنى وانما هو اختلاف في اللفظ فقط فانه من الجائز
تسمية البمفيجوس بالحاد متى كان الطفح قاصرا على زمن من ثلاثة
اسابيع الى اربعة كما انه يجوز التعبير عن البمفيجوس المتعدد ظهوره
جملة مرات بالمزمن متى اعتبرت التغيرات الخالية عن الطفح المستطيلة جملة
اشهر والتي يكون فيها المريض متمتعا ببهجة جيدة عبارة عن ادوار كاملة
لهذا الداء وهناك شكل مخصوص خطر من البمفيجوس الذي شرحه كل
من المعلم كازناو وهبرا وسماه بالبمفيجوس العريض وفي هذا الشكل
لا تتكون الاحويصلات قليلة او حويصلة واحدة والحويصلات فيه
لا تكون ممتلئة كما في باقي اشكال البمفيجوس وانما يكون لها ميل للسعة
والامتداد والسائل في هذا الشكل ينسج على الدوام اسفل البشرة الى ان
تنفصل عن الادمة بالكلية او تكون مغطاة بقشرة رقيقة مسمرة وهذا
الامتداد يكتسبه هذا التغير المرضي في مدة سنة غالبا وفي اثناء ذلك تبقى
بعض اجزاء من الجلد لكنها تصاب ثانيا فيما بعد وهذا المرض ينتهي على
الدوام بالموت

﴿المعالجة﴾

معالجة البمفيجوس لا تكون الا عرضية فان كلا من اسباب هذا المرض
وطبيعة الكاشكسيا او الدسكرازيا الناشئ عنها مجهول علينا ولو مع

الابحاث المدودة للعلم بدبرجر التي أثبتت وجود النوشادر فى البول المستفرغ حديثا وفى الدم وفى متحصل الحويصلات عند المصابين بهذا المرض ولذا نقتصر فى المعالجة على حفظ قوى المريض الى ان ينطفئ المرض من نفسه او اقله يجتهد فى منع حصول النهوكة زمنا طويلا ولا حاجة لذكر الوسائط الغذائية والدوائية التى تستعمل من هذه الحيثية فانها معلومة وينبغى كما هو الجارى فى مثل هذه الاحوال تجنب جميع ما يحدث سرعة الفقد العضوى واعطاء جميع ما يعوضه ويعوق تقدمه. واما المعالجة الظاهرية فقد اوصى المعلم هبرا فيها بتجنب جميع الحمامات والمراهم وكذا الوسائط الباطنية والنوعية وانما يوصى بان يذر على الاجزاء العارية مسحوق الكبريت النباتى والنشاء

﴿ المبحث الحادى عشر ﴾

(فى الالتهاب الجلدى المصحوب بفقاعات سطحية منعزلة)
(ينشأ عنها قشور ذات شكل مخصوص ويعرف بالروبيا)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

تكون حويصلات أو فقاعات منعزلة يشترك فيه البمفيجوس مع الروبيا لكن عوضا عن انفجارها بسرعة فى المرض الاول تمكث زمنا طويلا فى الثانى ومتحصلها يصير قيحيا او غالبا مدمما ثم يجف فيستحيل الى خشكريشة ويتكون نضح جديد فى باطن الجلد وتقرحه وجفاف متحصله تصير الخشكريشة المتكونة سميكة وتحاط الحويصلة بحافة يجف متحصلها أيضا لكن حيث كانت هذه الخشكريشة الدائرية أكثر تفرطحا عن المركزية تكون الخشكريشة فى الروبيا اكثر ثخنا فى المركز ومفرطحة فى الدائرة فحينئذ تكون شبيهة بصدفة القوقع وتكون الروبيا فى الغالب عرضا من اعراض الداء الزهرى البنيى وأما أسباب الروبيا غير الزهرية فغير واضحة وهذا الداء يشاهد كالاكتيما النهوكية عند الاشخاص المنهوكين غالبا

﴿ الاعراض والسير ﴾

مجلس الروبيا الزهرية غالبا الاطراف والحويصلات المتكونة على قاعدة محمرة تكون منعزلة غير متوترة ومتحصلها الذى يكون ابتداء صافيا يصير مصفرا او مدمما أو محمرا كذلك والقشور الناتجة عنها تكون ذات لون

داكن ثم تكتسب الهيئة السابقة وعلى حسب اختلاف سمك القشور ثخنا ورقة تميز الروبيا الى بسيطة وبارزة وبعد سقوط هذه القشور تشاهد تسلخات أو قروح غائرة تتغطى بسرعة بقشور جديدة وقد يحصل بدل التقرح تهتك غنغريني يعرف بالروبيا الغنغرينية أو الخشكريشية ومتحصل الفقاعات في هذه الحالة يكون مدمًا أو مسودًا وتوجد الادمة اسفل الخشكريشة متهتكة ومستحيلة الى قروح عسرة الشفاء وكما أن كلا من الروبيا البسيطة والبارزة ينتهي بالشفاء ويخلفه ندب انحاسية سطحية بجمة تقتهي الروبيا الغنغرينية عكس ذلك بالهلاك عقب تقدم النهوكة

﴿المعالجة﴾

معالجة الاضطراب البنيي في الروبيا هي الرئيس الوحيد فمتى أمكن ازالته تكون اسفل القشور طبقة بشرية والتحمت الاجزاء المريضة فان لم يتيسر ذلك كانت المعالجة الموضعية ايضا مجردة عن الفائدة ولاجل المساعدة على الشفاء ينبغي وضع الضمادات الفاترة لالانة القشور واما القروح التي تكون اسفلها فتحتاج لمعالجة منبهة لاسيما المس بالحجر الجهنمي او بمحلوله المكرر

﴿المبحث الثاني عشر﴾

(في البسوريازس أي الطفح الجلدي القشري)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

يظهر في البسوريازس على الجلد لطخ صغيرة أو كبيرة مستديرة تكون مجلسا لتكون بشرى عظيم على شكل قشور مبيضة وقد شاهد الطبيب (ورتهيم) في ابحاثه التشريحية نموا في الحلمات الجلدية وتمددا في الاوعية المارة فيها ووجد (فيمن) ان كلا من الخلايا البشرية والشبكة الملبيجية في حالة نمو عظيم والحلمات متزايدة في الحجم لاسيما الكائنة في الطفح القديم وكل من الادمة والجسم الحلمي ممتلئ بخلايا عديدة على طول الاوعية وحينئذ فالبسوريازس يعتبر تغيرا مرضيا في الطبقات السطحية من الجلد والجسم الحلمي ومع ذلك فكل من نمو الاجسام الحلمية وتراكم الخلايا ليس من الظواهر الواصفة لبسوريازس بل ان هذه التغيرات تبعا للرأي (فيمن) توجد في غير هذا المرض من الامراض الجلدية المزمنة كالاجزيما والبروريجو

ونحو ذلك وأسباب البسور يازس مجهولة فان هذا المرض الذى يوجد فى جميع طبقات العالم لا يمكن اعتباره ظاهرة دسكرازية فانه يصيب اشخاصا سليمين ذوى صحة جيدة بل اصابته لهؤلاء أكثر من الاشخاص الضعفا المنهوكين والمؤثرات الظاهرة المهيجة لاتحدثه وقد يكون فى بعض الاحوال وراثيا والداء الزهرى لايكون مطلقا سببا فى حصول البسور يازس الحقيقى وتصاب به الرجال والنساء على حد سوا وأما الاطفال والشيوخ فيندر اصابتها به وفى العصر المستجد قد ذهب بعضهم الى أن البسور يازس متعلق أيضا بمرض عصبى

(الاعراض والسير)

الطفح الجلدى البسر يازى يظهر دائما على شكل نقط صغيرة محمرة وفى حجم رأس الدبوس مثبت عليها قشرة مبيضة (وهذا ما يسمى بالبسور يازس النقطى) ومن هذا الشكل تنشأ تبعا لهبرا الاشكال المختلفة من البسور يازس وذلك بامتداد التغير المرضى وانتشاره ثم تقهقره فمثلا ينشأ من البسور يازس النقطى بامتداد النقطة من دائرتها نوع هالة عدسية وهذه مالم تنفصل الطبقة البشرية المتراكمة عليها بمؤثرات ظاهرية تشابه النقطة السابقة ويسمى حينئذ بالبسور يازس النقطى وباتساعها زيادة عن ذلك تكتسب شكلا شبيها بقطع المعاملة ومن هذا الشكل ينشأ عدة اشكال أخرى أيضا كالبسور يازس النجمى والحلقى الذى تسميه العوام بالجذام الاعتيادى وبانضمام الحلقات لبعضها يحصل تقطع فى بعض أصفار من دائرتها ومن ذلك ينشاء شكل البسور يازس القوسى وان اختلطت البقع مع بعضها حال اتساعها تكون شكل البسور يازس المختلط ثم ان المجلس الاعتيادى للبسور يازس هى الاطراف لاسيما الركبتين والمرفقين وهناك أحوال عديدة يبقى فيها المرض قاصرا على هذه المحال عدة سنين بدون ان يظهر منه أدنى اثر فى الاجزاء الاخرى من الجسم ومع ذلك فقد يشاهد هذا المرض على فروة الرأس والقفا والاذنين والوجه وغيرها من أجزا الجسم وأما راحة اليدين وأخمص القدمين فلا يشاهد فيها البسور يازس الحقيقى مطلقا بخلاف الطفح الزهرى القشرى فانه يشاهد

فيها بكثرة بحيث ان وجود مثل هذا الطفح في هذه المحال يدل دائماً على وجود الداء الزهري البنى وعندما يكون البسور يازس منتشرا على جميع سطح الجسم تشاهد أغلب الاشكال السابق ذكرها على اختلاف تقدمها فبعض الطفح مثلا يكون آخذا في التقاس والبهاتة فتظهر نقط صغيرة محمرة تدل على حصول طفح جديد وهذا الميل للتردد هو السبب في ثقل انذاره فانه بعد زوال الطفح بالكلية لا يكون المريض آمنا من تردده بعد زمن طويل أو قصير وحيث ان هذا الطفح لا يحدث ألما فلا تتكدر منه المرضى الا قليلا ولذا أن أغلبهم لا يلتجئ للمعالجة مالم يكن الطفح مغطيا الاجزاء عارية من الجسم ومحدثا التشوه ولا يكون لهذا الطفح ادنى تأثير في الصحة العامة وانه غير معد بالكلية والامر المعلوم من ان التغير المرضي للبسور يازس لا يستمر زمنا طويلا في المحال المصيب لها يوجب عدم تغير الجلد تغيرا عميقا في هذا المرض والاحوال الاستثنائية التي فيها لا يزول التغير المرضى بسرعة ويعترى الجلد ثخن عظيم ويصير قحلا مشققا تسمى بالبسور يازس المستعصى

(المعالجة)

شفا المرضى من البسور يازس شفاء تاما مستمرا لا يتيسر الا نادرا ومع ذلك فمعالجة هذا الداء تعتبر من المعالجات المفيدة ولو كان زواله وقتيا وينضم لذلك ان المعالجة الموضعية القوية يمكن تحملها في هذا الداء زيادة عن غيره من أمراض الجلد فينبغي معالجة كل طفح قشرى بسوريازى بالوسائط الموضعية القوية فيبتدى أولا بالحمامات البخارية ثم بتنظيف الاجزاء من القشور بواسطة الصابون والفرشة الناعمة وان لم يتيسر استعمال الحمامات المذكورة تستعمل الحمامات الفاترة المستمرة وبعد نزع القشور وازالتها يطلى المحل أو يدلك بالصابون الطبي الاخضر ويكرر ذلك مرتين كل يوم والاجود حفظ المريض في فراشه مغلفا بأحرمة من الصوف في أودة دافئة ثم يصير ابطال تجديد المعالجة الموضعية مدة ثلاثة أيام مع استمرار تغليف الجسم بالاحرمة المتشبعة من الصابون الطبي وبعد مضي هذه المدة تستعمل الحمامات الفاترة وهذا العلاج الدوري ينبغي تجديده مرة أخرى أو جملة

مرارا على حسب النتيجة المتحصل عليها وقد نبه هبرا على انه من الضرورى
دلك البورات الموجود فيها الطفح البسور يازى بالصابون الطبى بواسطة
قطعة من الصوف أو فرشة دلكاقو يا حتى يحصل الادماء وحيث ان هذه
الطريقة مولمة جدا فلا ينبغى فعلها الا مرة واحدة فى كل دور من أدوار
المعالجة وان كان الطفح منتشرا فلا يجوز فعلها الا فى محل بعد الآخر وان كان
الطفح قاصرا على بعض أجزاء الجسم فلا حاجة لاستعمال الدلك العمومى
وتغليف الجسم بأحزمة الصوف بل يكفى هذا الدلك الموضعى وتغطية الجزء
المريض بقطعة من الصوف متشبعة بالصابون الطبى وحيث ان هذا الجوهر
الدوائى ذو رائحة غير جيدة فيمكن استبعاضه فيما اذا كان الطفح فى
الوجه أو الرأس بالروح الصابونى القلوى تبعا لهبرا (وهو ان يؤخذ من
الصابون الطبى ٣٠ جرام ومن الكؤول ١٥ جرام يذوب ويصفى
ثم يضاف اليه من روح الخزاما ١٠ جرام) وان كان البسور يازس
محدودا فمن الجائز استعمال مرهم الراسب الابيض على التعاقب مع
المعالجة السابق ذكرها وبدلا عن الصابون الطبى أو عقب استعماله
كثيرا ما تستعمل الاستحضارات القطرانية فانها من الوسائط القوية
والمستعمل اما القطران النقى بان يدلك به مرة أو مرتين كل يوم بواسطة
فرشة دلكاقو يا على الاجزاء التى ازيلت منها القشور وانه يستعمل بدلا
عن القطران البسيط صبغة القطران المأخوذة من زيت القطران ومن
روح النبيذ من كل ٥٠ جراما أو يستعمل مرهم القطران المذاب المأخوذ
من زيت القطران ومن الصابون الاخضر من كل ٢٥ جراما ومن الكؤول
٥٠ جراما) وذلك لسهولة جفافها وينبغى استعمال القطران مع
الاحتراس فانه فى اثناء استعماله قد يحصل انتفاخ شديد أو التهاب فى
الجلد وحينئذ ينبغى ايقاف المعالجة وزيادة عن ذلك ان كان الطفح ممتدا
ومصيبا لنحو ثلث الجسم فيمكن حصول عوارض خطرة عقب امتصاص
القطران كالبول الداكن أو المسود للبول مع الرائحة القطرانية والتبرز
المسود والغثيان والقئ من مادة مسودة وألم الرأس بل والحمى لكن هذه
الظواهر تزول بسرعة عند تحريض افراز البول وايقاف استعمال هذا

ومن المستعمل بكثرة حمض الكربوليك أى الفينيك ٣ جرام منه على
٣٠ جرام من المرهم البسيط ويدلك به الاجزاء المصابة بعد نزع القشور
بدلا عن القطران وكذا الدلك بحمض الخليك مخففا بقدره من الماء بل
وان كانت الاجزاء قليلة الحساسية يدلك به صرفا وهذا يستعمل فيما اذا
كان الطفح محدد وداو قليل الامتداد جدا وفى الاحوال المستعصية أو
الاحوال التى يراد سرعة المعالجة فيها يمكن استعمال محلول كبريتور
الكلس الذى أوصى به ابتداء فليمنكس فى الجرب واستعمله أخيرا هبرا فى
امراض جلدية اخرى بان يؤخذ من الكبريت العامود رطلان ومن الجير
غير المطفى رطل واحد ويغلى ذلك فى عشرين رطلا من الماء الى ان يبقى منه
اثناعشر رطلا وبعد البرودة يصفى وهذا السائل الكاوى الخفيف يدلك به
فى المحال المريضة بقطعة من الصوف دلكا شديدا الى ان يحصل الادماء
وحينئذ يكون ذلك فى محل قليل الاتساع لشدة الالم وفى ازمنة بعيدة عن
بعضها وبعد جفاف الدلك يستعمل حمام فاتر موضعى أو عمومى ثم يطلى
المحل بالمرهم البسيط أو الزيت او ان يدلك به دلكا لطيفا مع التكرار
والنجاح الغير التام للمعالجة الموضعية فى البسوريازس لا يكون فى الغالب
ناتجا عن استعمال أحد الجواهر الدوائية دون الآخر بل عن استعماله
السطحى الغير الجيد ثم انه وان جاز شفاء البسوريازس بواسطة المعالجة
الموضعية مع السرعة والتأكيد لا ينكر انه يمكن الحصول على هذه الغاية
باستعمال الزرنيخ من الباطن وحيث ان هذا أمر ثابت والتجارب المعلومة
ايضا من ان المعالجة الموضعية لا تقى من النكسات وكذا عدم حصول ادنى
ضرر من المعالجة الزرنيخية نوصى ولا بد بضم المعالجتين الى بعضهما والزرنيخ
يستعمل عادة على صفة محلول فلير بان يبتدأ بست نقط كل يوم منه ويزاد
نقطة واحدة كل ثلاثة ايام أو اربعة الى ان يوصل الى عدد ١٢ نقطة
أو أزيد والمعلم وايل يستعمل الحبوب الزرنيخية فانه بهذه الطريقة يمكن ضبط
مقدار الزرنيخ زيادة عن استعمال المحلول وهو يصنع حبوبا مكونة من
الزرنيخ الابيض محلولا فى الماء المغلى مع الخبز الاسمر والفلفل وكل ٣٠ حبة

من هذا المخلوط تحتوى على ستة سنتجرام ويعطى من هذه الحبوب فى الابتداء ثلاثة فى اليوم ويزاد العدد شيأ فشيأ وعند الاحساس بضغط فى المعدة وتدمع فى العين ينبغى ايقاف المعالجة وأما غير ذلك من الجواهر الدوائية فقد ترك الان

﴿المبحث الثالث عشر﴾

﴿فى الحزاز أى الطفح الجلدى الحلمى﴾

قد نبه المعلم هبرا على عدم فائدة تقسيم هذا النوع من الطفح الجلدى الى عدة أنواع كما كان جاريا الى وقتنا هذا واظهر هذا الشهير ان تقسيم الحزاز الى خمسة انواع كما جرى عليه ولاين غير ضرورى وان تلك الانواع تدخل تحت أنواع أخرى من الامراض الجلدية فان تكوّن الحلمات بانفراده ليس واصفا للحزاز بل ان الواصف له هو اثبات ان نوع هذا الطفح الحلمى ناشئ عن تغير مرضى مخصوص قائم بنفسه وعلى هذا ميز المعلم هبرا للحزاز شكلين

الاول الحزاز الخناز يرى وهو يتصف بوجود حلمات حرباقية مجتمعة مع بعضها على هيئة أقراص مستديرة كثيرا أو قليلا ذات اتساع مختلف وجوهر هذه الحلمات يتكون من اخلية نضحية فى الاجربة الشعرية والدهنية وحولها وهذه التكونات الخلائية تحدث فيما بعد تجددا فى الاجربة الشعرية وفوهاتها مع تكون قشرة صغيرة عليها من مواد بشرية متجمعة وهذا الطفح الذى يصيب الجذع بكثرة ويندر اصابته للاطراف يشاهد بالاكثر عند الاطفال زيادة عن البالغين مع غيره من ظواهر داء الخناز ير كانتفاخ العقد الليمفاوية والتسوس والتسكرز والقروح الخناز يرية للجلد ودرن المسار يقا والسل الرئوى والحلمات فى هذا الشكل تكون غير محدثة لاكلان وذات سير بطئ وتشفى فيما بعد فتخلفها أثرة مصبغة مغطاة بقشور ومع تجدد هذا الطفح الحلمى يمكن ان يستمر جملة سنين بدون ان ينتج عنه ادنى ضرر

الثانى الحزاز الاحمر وهو شكل مرضى نادر جدا وله فى انتهاء سيره مشابهة عظيمة بالبسور يازس ويتكون فى ابتدائه تعقدات اى حلمات منعزلة عن بعضها ذات لون محمر مغطاة بقشور رقيقة غير محدثة لاكلان ولا تمتد من

دائرتها وبتكرار ظهور تلك الحلمات تتقارب من بعضها فتقل المسافات الخالية الكائنة بينها الى ان تتلامس من دائرتها بحيث تتكون لطخ عظيمة محمرة مرتشحة مغطاة بقشور ومع طول الزمن وامتداده قد يتغطى بجميع سطح الجلد بتلك الحلمات المحمرة واللطخ الناتجة عنها وهذه الحالة تحدث آلاما شديدة ولها كغيرها من الطفحات الجلدية العمومية تأثير مضر على تغذية الجسم بحيث ان المرضى تهلك من النهوكة

(المعالجة)

قد استعمل المعلم هبرا فى الشكل الخنازيرى من هذا الداء زيت كبد الحوت من الباطن والظاهر مع النجاح العظيم فمن الباطن يعطيه من نصف أوقية الى أوقيتين خصوصا الزيت النقى النوروجى فيعطى نصف هذا المقدار صباحا والنصف الآخر مساء وأما ان زاد المقدار عما ذكر فان الزيت يخرج بدون تغير مع المواد البرازية وأما استعماله من الظاهر فلا يكتفى فيه بدلك الجلد بل ينبغى حفظ ملامسته للجلد دائما وأما الحزاز الاحمر فلا ينجح فيه جميع الطرق العلاجية وانما باستعمال الزرنيخ المستمر من الباطن يظهر ان له تأثيرا جيدا فى بعض الاحوال لكنه وقتى

(المبحث الرابع عشر)

(فى البريرجو المعروف بالحكة)

(كيفية الظهور والاسباب)

الحلمات المنعزلة الواصفة للبروريجو تكون ذات لون كلون الجلد المحيط بها أو انها قد تكون قليلة الاحمرار وحجمها من حبة الشهدانج الى رأس الدبوس وتكون ذات اكلان شديد وتتكون من حلمات متزايدة فى الحجم منعزلة مرتشحة بمادة مصلية قليلة صافية أو مصفرة متجمعة تحت الطبقة البشرية المتكاثفة الكثيرة المادة الملونة وفى الاحوال المتقدمة يحصل ثخن وانتفاخ فى الجلد نفسه والمجموع الغددى والسبب الاصلى فى ظهور الاكلان الشديد فى تلك الحلمات غير معروف بالكلية فان كازناف زعم ان منشأه الاصلى فى الاعصاب الجلدية ويعتبر هذا الداء مرضا عصبيا بخلاف هبرا فانه يعتبر ان التغير المرضى الاصلى عبارة عن ازدياد فى افراز المادة العضوية المتكونة منها البشرة وهذا يحدث تهيجا فى الجسم الحلمى الكائن

استقل منه بجسم غريب والبروريجو يشاهد عند الاصحا كما يشاهد أيضا عند المرضى والمنهوكين ويحصل هذا المرض فى السنين الابتدائية من الحياة بدون ان يكون وراثيا والغالب اتضاحه من السنة الخامسة الى السابعة ويوجد هذا المرض عند الفقراء الردئ التغذية والنظافة فى طفوليتهم زيادة عن الاغنيا ويصيب الذكور أكثر من الاناث

﴿الاعراض والسير﴾

العلامات المدركة الواضحة من هذا الداء ليست هى الحلمات الصغيرة المنتشرة التى لا تكاد تعرف أحيانا الا باللمس بل التغيرات التى تعترى الجلد من الاحتكاك المستمر فانه بالهرش بالاظافر تنفصل الطبقة البشرية بكثرة من تلك الحلمات ومن ذلك تنشأ تسلخات صغيرة وأنزفة والدم المنسكب يجف على هيئة قشور وهذه القشور الدموية الصغيرة العديدة التى تبقى بعد تهتك الحلمات هى التى تتضح بالاكثر على جلد المصابين بالبروريجو وكثيرا ما يوجد على سطح الجلد أيضا بعض ارتفاعات أو بثرات حديثة أو جافة قد توقع الطبيب فى الخطاء عند البحث فيظن بوجود طفح أجزيماوى أو اكتيماوى بل وقد تختلط التغيرات الجلدية الناشئة عن الجرب أو القمل وقد تنتج ايضا عن الهرش بالمرض الجلدى الذى نحن بصدده ومن الامور المهمة التى يرتكن اليها فى التشخيص الجلدى اعتبار المحل الموجود فيه الطفح والتسلخات فاذا كانت هذه التغيرات ناشئة عن القمل وجدت فى المحال التى تكون فيها الاقمصة ثنيات أغنى فى الاجزاء العليا من الصدر والظهر ولذا أن وجود تلك التسلخات حول الجزء السفلى من العنق على هيئة سبح يوقظ الطبيب المتمرن للبحث عن وجود هذا الحيوان الطفيلى ويتميز كذلك البروريجو عن الجرب بكون الطفح ليس ناشيا عن عدوى ولا عن نوم الشخص مع اشخاص آخر وبكون المعالجة الجربية لم تعد بفايدة وبكون ابتداء الطفح حاصلا من سن الطفولية ومع هذا ينبغى الملاحظة فى امكان وجود تضاعف بينهما ولا سيما ان الاشخاص الذين تكثر اصابتهم بالبروريجو كثيرا ما يوجد عندهم حيوان الجرب والقمل

ثم ان البروريجو لا يصيب جميع الجسم على حد سوا فان الحلمات لا تظهر

فى الوجه مطلقا اوتظهر فيه بعدد قليل جدا وكذا فروة الرأس تبقى مصانة عنه ومع ذلك فالشعر يكون فاقد اللمعان ترابى ويشاهد فى الجذع عدة حلمات غالبا لكن التغيرات المهمة توجد فى الاطراف لاسيما فى جهات الانبساط وتكثر هنا اصابة الساعدين دون العضدين والساقين دون الفخذين وعند استمرار هذا الداء زمنا طويلا يظهر الجلد ثخينا فى الجهة الباسطة وذالون داكن بحمنتى بسبب تكرار تسلخه بالهرش وتكون البشرة جافة هشة مفلسة تفلسا دقيقا ولذا يظهر كأنها عليها ارشاش دقيق وخشنة عند لمسها وأما فى جهة الانقباض فان جلد الاطراف فيها يكون قليل التغير وفى محل انثناء المفاصل وراحة اليدين واخمص القدمين والاعضاء التناسلية فان الجلد يكون خاليا عن الحلمات وعن التغيرات التى تنتج عن الهرش والعقد اللينفاوية المتصلة بها الاوعية اللينفاوية الآتية من المحل المتهيج من الجلد تكون كثيرة الانتفاخ ولاسيما العقد الاوربية (وتعرف بخير جلات الحكة) ويميز للبرور يجو شكلان على حسب درجته وهما الشكل البسيط أو الخفيف الشدة والشكل الثقيل او النملى المتصف بظهور حلمات عظيمة مصحوبة باكلان غير مطاق وتسلخات عديدة وتلون مسمر داكن بحمنتى فى الجلد وتكون قشور بشرية غزيرة عليه

ثم ان البرور يجو من الامراض الكثيرة الاستعصا جدا وهو وان حصل فيه انحطاط عظيم فى اثناء الصيف عند ازدياد افراز العرق بحيث يظن حصول الشفاء الا انه يحصل فيه ثوران تابعى وعلى ذلك يمتد هذا المرض طول الحياة بل ذكر هبرا انه لم يشاهد حالة واحدة حصل فيها شفاء تام ولذا يزعم ان الشفاء المقول به من بعض الاطبا ناشئ عن اختلاط هذا المرض بغيره من الاحوال المرضية المشابهة له كالانجرية المزمنة والاجزيما والجرب ونحو ذلك واما فيمن فانه يخالف هبرا من هذه الحيثية ويقول بقابلية شفاء هذا المرض عند الاطفال الذين لم يستمر هذا المرض عندهم الا زمنا قليلا

﴿المعالجة﴾

شفاء البرور يجو الحقيقى شفاء تاما وان كان عسرا جدا الا انه يكاد يتيسر على

الدوام احداث تلطيف وقتي او انحطاط تام وقتي وذلك باحداث تباين وانفصال في الطبقات السطحية من البشرة باستعمال الوسائط المرخية والمفسدة لها واجود طريقة للمعالجة هو ان يفعل ابتداء كما في البسوريازس والجرب الدلك بالصابون الطبي من ثمانية ايام الى اربعة عشر ثم يستعمل مرهم ولكنسون وعند الاشخاص القليلي الحاسية الدلك بمحلول كبريتور الكلس كما في الطريقة العلاجية السريعة في الجرب ثم يجتهد في حفظ النتيجة المتحصل عليها بواسطة استعمال الحمامات الفاترة الطويلة المتكررة أو الحمامات البخارية أو التغليف بالملاآت المبتلة على حسب طريقة (بريزنتس) او الدلك المتكرر بالجواهر الشحمية أو مس الجلد بالقطران ثم استعمال الحمامات الفاترة المستطيلة حالا

﴿المبحث الخامس عشر﴾

(في الاكنة الاعتيادية او المتفرقة وتعرف بحب الشباب)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الطفحات الجلدية المختلفة المعبر عنها بالاكنة تماثل بعضها من حيثية كونها تنشاء عن التهاب الغدد الدهنية والاجربة الشعرية وتظهر اما على شكل تعقدات او عقد او بثور فاما الاكنة المتفرقة التي نحن بصددها فانها تشاهد عند اغلب الاشخاص لا سيما عند الشبان قبل البلوغ أو بعده وهذا الامر هو الذي اوقع في الخطاء والظن بان هذا الطفح له ارتباط بالوظائف التناسلية اي بالافراط من الشهوات او الامتناع عنها (ومن ذلك سمي هذا المرض حب الشباب) ويوجد بجوار الاكنة الاعتيادية نقط مسودة عديدة تعرف (بالكوميدون) تنشاء عن اضطراب في افراز المادة الدهنية الجلدية وتتركها في فوهة القنوات المفرزة للغدد والاجربة الجلدية ويظهر ان هذا الشكل من الاكنة ينشاء عن تراكم الافراز الغددي واحداث تهيج في جدرها والتهابها وهناك شكل اخر من الاكنة غير متعلق باحتباس الافراز الغددي الجلدي ويظهر ان له ارتباطا ببعض الامراض المنهكة كداء الخنازير والقسوس والاسكربوط ويسمى هذا الشكل المسلم هيرا

بالاكنة النهوكية. وهناك شكل من الاكنة يعرف بالاكنة الصناعية ينشأ عند بعض الاشخاص عقب المس بالقطران وعقب تأثير الابخرة القطرانية على الجلد ويظهر ان كلا من يودور وبرومور البوتاسيوم يحدث تأثيرا مماثلا لذلك عند استعماله من الباطن ناتج عن ظهور الاكنة الاعتيادية والذكور اكثر استعدادا للاصابة بالاكنة من الاناث ومع ذلك فقد يظهر عند الشابات بقرب سن البلوغ او بعده حالا لون غير نقى فى وجوههن فيفزع منه الامهات المحبات لبناتهن

﴿الاعراض والسير﴾

المجلس الاعتيادى للاكنة الاعتيادية هو الوجه ثم الظهر ثم الصدر ثم العضدان والتغير المرضى يبتدى باحمرار وانتفاخ فى جزء محدود من الجلد توجد فى وسطه النقطة المسودة اى الكميدو (وهذا ما يعرف بالاكنة النقطية) ثم يزداد كل من الانتفاخ والاحمرار اما بسرعة او ببطء وكثيرا ما تظهر قشرة على قمة العقدة الاكنية تجف عما قليل من الزمن فيخلفها قشرة مسمرة ثانية والحلمات الاتية ان كان تقيحها شديدا ممتدا الى جوهر الجلد نفسه اخلفها ندب انخامية شبيهة بالاثرة الجدرية (وهذا ما يعرف بالاكنة الجدرية) وبعض التعقدات الاكنية يسير سيرا بطيئا جدا بحيث لا تتغير حالته مدة مديدة لكنها تكتسب مع التدريج بامتداد الالتهاب من الغدة الجلدية الى جوهر الجلد المحيط بها حجم الحمصة او الفولة وتتلون بلون احمر داكن ثم تتلاشى شيأ فشيأ مع تفلس البشرة (وهذا ما يسمى بالاكنة المتيبسة) والطفحات الاكنية الجلدية المنتشرة لا تظهر دفعة واحدة بل واحدة بعد الاخرى بحيث يرى الطفح فى جميع درجات تكونه واما التشخيص فينبغى التنبيه فيه على ان الاكنة المتفرقة يمكن اختلاطها بالطفح الجلدى الزهرى الحلمى او البثرى ولا سيما ان كان الطفح الزهرى من نوع الاكنة حقيقة بمعنى ان مجلسه جذر الاجربة الجلدية (وهو المعروف بالاكنة الزهرية) وهذا يعرف بوجود النقط المسودة فى مركز الطفح النافذ منه الشعر وتشخيص الطفح الزهرى حينئذ يستنتج من وجود علامات اخرى دالة على الداء الزهرى وقد يدل المجلس الغير

الاعتيادى للاكنة الاعتيادية كفروة الرأس او التلون الاحمر النحاسى فى هذا الطفح على ان ينبوعه زهرى

﴿المعالجة﴾

الاكنة لا تكون متعلقة بفساد فى الدم ولذا ان الوسائط المسماة بالمنقية للدم كغلى بعض الاعشاب والمسهلات لا تستعمل فى معالجة هذا الداء وكذا ينبغى تجنب غيرها من الوسائط العلاجية الباطنة فانها قليلة الجدوى ولذا أن الوسائط الموضعية الظاهرية اقوى منفعة منها فان دلك التعقدات الاكنية كل يوم بالصابون الاعتيادى فيه فائدة وبذلك يسهل طرد السدد الموجودة فى فوهات الاجربة الجلدية واقوى من ذلك الدلك كل مساء برفادة من الصوف مع الصابون البوتاسى او بروح الصابون البوتاسى (المذكور تركيبه فى معالجة البسوريازس) مع طلى الاجزاء مدة الليل بالجلسرين او المرهم البسيط بقصد الانة السدد وزيادة عن ذلك ينبغى الالتفات الى عصر العقد الاكنية الغير الملتهبة كما سيأتى ذكره او تشريط العقد الاكنية البثرية المتقيحة بسن الريشة وفى الاحوال التى فيها لا تكفى الغسلات الصابونية المذكورة يستعمل المعلم هبرا الدلك بالعجينة الكبريتية الآتية بواسطة فرشة تترك على هذه التعقدات مدة الليل وهى مركبة من زهر الكبريت ومن كربونات البوتاسا ومن الجلسرين ومن ماء الغار الكرزى ومن روح النبيذ اجزاء متساوية اعنى من كل سبعين جراما يمزج ويعمل عجينة وتستعمل كما سبق وكذا من المستعمل بكثرة غسلات كلفد فانها كثيرة النجاح فى معظم الاحوال (وهو ان يؤخذ من زهر الكبريت ٨ جرام ومن الكافور نصف جرام ومن الصمغ العربى جرام واحد ومن ماء الجير ومن ماء الورد من كل ٦٠ جراما) ثم يمزج مزجا جيدا وبعد رجه رجا عظيما تمس به التعقدات الاكنية ويترك للجفاف طول الليل وينظف فى الصباح بالمسح بالخرق بدون الغسل بالماء وعند الاشخاص الذين يمكنهم الاقامة فى منازلهم يستعمل هذا الدواء لهم صباحا ومساء والعادة انه بعد ازالة هذا الدواء يغسل الوجه بالماء البارد المضاف اليه قليل من صبغة الجاوى ومع جودة تأثير هذه المعالجة فى الاكنة المتفرقة هى وغيرها من الوسائط العلاجية الموضعية الاخرى

لا ينكران النجاح كثيرا ما يكون وقتيا فقط وان الطفح يتكرر جملة مرات عند الشبان الى ان ينطفئ عندهم الاستعداد لتكونه والاكنة الصناعية تزول ببطء او بسرعة متى صار ابطال استعمال الجوهر الدوائي من الباطن او الظاهر

(المبحث السادس عشر)

(في السيكوزس المعروف بالاكنة الذقنية)

(وتسميه العوام بعوضة الذقن)

لاشك الآن في ان هذا الداء يميزله شكلان مختلفان عن بعضهما بالنسبة لمنشئه الاول الشكل الاعتيادي أي الغير الطفيلي والثاني الشكل الطفيلي فأما الشكل الاعتيادي فأسبابه غير معروفة حق المعرفة بحيث ان القول بحصول هذا الشكل من الحلاقة بأمواس غير حادة أو من الجرح وقت الحلاقة أو من استعمال صابون مهيج أو من قلة النظافة أو من تهييج الشفة العليا بواسطة النشوق أو نحوه لا يعول عليه وغير ذلك يقال بالنسبة للنظريات القائلة بحصول هذا المرض من نمو شعر جديد قبل سقوط الشعر القديم ووجود شعرتين حينئذ في جراب واحد وتأثيرهما تأثيرا مهيجا أو من غلظ حجم الشعر بالنسبة لاتساع فوهة الجراب الشعري ونحو ذلك وأما أسباب الاكنة الذقنية الطفيلية فقد اتضحت لنا بواسطة المعلم جروبي وبازان وكوبينر وتوجد أمثلة عديدة تؤيد منشأ هذا الشكل بانتقال نبات طفيلي من بعض الحيوانات المصابة بامراض جلدية (كالخيول والابقار والكلاب والمعز) واما طبيعة هذا النبات الطفيلي فلاشك أنها مماثلة لطبيعة النبات الطفيلي المحدث "لهربس الطفيلي المعدي وقد شاهدت امرأة في اكلينك جيسن مصابة بالهربس الطفيلي في ساعدها وكانت خادما لرجل مصاب بالاكنة الذقنية الطفيلية وتمهد فراشه كل يوم وزيادة عن ذلك فان الحيوانات التي تحصل منها العدوى تكون مصابة في العادة بالهربس الطفيلي والنبات الطفيلي يوجد في قاعدة الشعر المنزوع بالنتف ويشاهد بالمكروسكوب ثم ان الطفح الواصف للسيكوزس عبارة عن تعقدات صغيرة في حجم حب الشهدانج أو الحمصة او بثور تظهر اما على قمة التعقدات أو بانفرادها وكل من تلك

التعقدات أو البثور يكون مثقوبا فى مركزه بشعرة فان نزعت هذه الشعرة بالجفت ظهرت نقطة صغيرة من القيح أو الدم فى الفوهة وذلك لان كل عقدة سيكوزية تشتمل على جراب شعرى ملتهب ومتقيح وهذا الطفح يشغل أجزاء الوجه والعنق المغطاة بالشعر اما بعضها أو جميعها ولا يشاهد مطلقا عند الذكور غير الملتحين ولا عند الاناث مصيبا لهذه الاجزاء ويندر أن يشاهد فى غير هذه الاجزاء من الجسم الموشحة بشعر غزير كفوهة الانف وجزء الشفة العليا القريب منها وحفرة الابط والاجزاء الاستحيائية المغطاة بالشعر والحاجبين ويندر مشاهدته جدا فى فروة الرأس وهنا يكون تابعا لظهور الاجزاء وعند تقدم سير هذا المرض يكثر تولد تلك التعقدات فتتقارب من بعضها بحيث يظهر الجلد انه مرتشح وثخين باستواء وكثيرا ما تتكون فيه خراجات صغيرة مستديرة بسبب انضمام البورات القيحية الصغيرة من بعضها وتولد البثور على سطح الجلد ينتج عنه تقيح مستمر بجفافه تتكون طبقة قشرية على السطح المريض بل قد تظهر أحيانا على سطح الجلد تولدات تشبه الدرن العريض ومدة الشكل الالتهابى الاعتيادى من السيكوزس طويلة غير محدودة متى ترك هو ونفسه فقد يستمر جملة سنين وان حصل الشفاء بعد مكث هذا المرض زمنا طويلا أخلفه ندب انحصامية خفيفة لا يظهر عليها الشعر الا قليلا أو يفقد بالكلية بسبب الاجربة الشعرية وأما الشكل الطفيلى من السيكوزس فيتميز الالتفات فيه الى أن ظهور السيكوزس الاعتيادى يسبقه فى معظم الاحوال الهربس الطفيلى بحيث لا توجد من الابتدا التعقدات والبثور السابق ذكرها بل توجد قشور سنجابية حول شعر الذقن أو توجد فى محال أخر كثيرة الشعر خلاف الذقن كالقفا والعنق مثل الطفح الهربسى الطفيلى الاعتيادى ولذا انه فى هذا الدور يسهل تمييز شكل السيكوزس الالتهابى عن الطفيلى وأما عقب نمو الفطر فى الاجربة الشعرية فكلا هذين الشكلين يكون واحدا وبالنسبة للسير يظهر ان الشكل الطفيلى من السيكوزس قليل الاستعصاء فى الشفاء عن الشكل الاعتيادى منه

وتشخيص السيكوزس يبنى أولا على مجلس الطفح ووجوده فى الاجزاء

كثيرة الشعر من الوجه أو فى محل آخر من المحال السابق ذكرها وعلى وجود
التعقدات والبثور الموجود فى مركزها شعر والاجزيما التى تظهر أحيانا فى
الاجزاء الكثيرة الشعر من الجلد لا يظهر فيها الانتفاخ العقدى القاصر على
الاجربة الشعرية وكثيرا ما تمتد الى أجزاء أخر غير كثيرة الشعر من الجلد
ومع ذلك تنبه على ان الاجزيما المستمرة زمنا طويلا المصيبة لاجزاء كثيرة
الشعر يمتد الالتهاب فيها من السطح الظاهر من الجلد الى الاجزاء العميقة
منه والى الاجربة الشعرية فينشأ عنها مرض جلدى يقرب جدا من
السيكوزس (سماها هبرا الاجزيما السيكوزية)

(المعالجة)

السيكوزس الذى كان يعتبر سابقا من الامراض الا كثر استعصاء عن
الشفاء يمكن الآن شفاؤه مع التاكيد بمعالجة موضعية لائقة مستمرة فيبتدأ
أولا بالانة القشور اما باضمادات أو بوضعيات من الزيت ثم يقص شعر
الذقن بحيث يسهل نتفه بالملقاط وتنتف جميع الشعر المار من التعقدات
أو البثور أمر ضرورى للحصول على شفاء سريع وهذا العمل وان كان
يحتاج لزمن طويل ينبغى اجراؤه على جملة مرار الا انه غير عسر ولا مؤلم
مادام قاصرا على الشعر النابت فى تلك التعقدات والبثور ومتخللا بالقيح
حتى ان بعض المرضى يتعلم اجراء ذلك بنفسه وتنتف الشعر ينتج عنه انفتاح
الاكياس القيحية واستفراغها وهبوط الطفح ومع ذلك ينبغى تكراره كلما
تجدد نمو الشعر المريض حتى يمكن تجنب الانتكاسات والخراجات الصغيرة
فى الجلد التى لا يمكن استفراغها بنتف الشعر ينبغى فتحها بالمبضع وبعد
نتف الشعر يلزم تغطية الجلد ليلا بالصابون الاخضر أو بشريط من
القماش مدهون بالمرهم المشمع أو بطبقة من العجينة الكبريتية
المركبة (من جزئين من زهر الكبريت ومن كل من الكحول وغروى الصمغ جزء
واحد) وذلك بقصد سرعة الانة التعقدات اليابسة ونضجها وفى الاحوال
المستعصية قد يجوز استعمال الكاويات فيكوى المحل المنتوف شعره مع
الاحتراس بحمض الخليك او بمحلول الحجر الجهنمى المركز أو تمس
التعقدات المزمنة أو التولدات الدرنية بمحلول قوى من السليمانى بواسطة

قضيب من الزجاج بان يوخذ (جزء من السليماني على جزئين من الماء المقطر)
وأما الشكل الفطرى من السيكوزس مادام الطفح على شكل الهربس
الطفيلى فتستعمل فيه المعالجة المذكورة فى هذا المرض وأما عند اصابة
الاجربة الشعرية فتستعمل المعالجة المذكورة هنا فى السيكووزس الاعتيادى

(المبحث السابع عشر)

(فى الاكنة الوردية وتسمى بالنقط الوردية)

(وبالانف النحاسى)

فى هذا الشكل من الاكنة الذى يكون مجلسه الوجه خاصة يختفى التهاب
الغدد الجلدية فلا تتكون التعقدات ولا البثور الاكنية وتظهر ظاهرة
مرضية أخرى وهى كثرة الاوعية الجلدية واحمرارها بل و يتضح لذلك
فى الاحوال المتقدمة ثخن فى الجلد عقب ازدياد نمو المنسوج الخلوى فيه
ومن المعلوم ان الافراط من المشروبات الروحية لاسيما النبيذ والعرقى
(والبوزه فى النادر) يحدث هذا الطفح لكنه كثيرا مايظهر بدون تناول
للمشروبات بالكلية فقد دلت التجارب بالمطابقة لقول هبرا ان الاكنة
الوردية تشاهد عند النساء أكثر من الذكور وبالاقل اشكالها الخفيفة
وقد ذهب هذا المؤلف الشهير الى ان الاكنة الوردية عند النساء تتعلق
باضطراب فى الحيض وتغيرات مرضية فى الاعضاء التناسلية وقد شاهدت
بقرب جيد من بعض عائلات نيمسا ترث البنات بقرب البلوغ من أمهاتهن هذا
الداء وهذا الطفح يبتدئ باحمرار فى بعض أجزاء الوجه لاسيما الانف وجزئى
الوجنتين بالقرب من الانف والذقن والعنق أحيانا والجبهة أو جميع
الوجه عند المدمنين على السكر وهو نادر وهذا اللون المحمر يتعلق
باحتقان فى الاوعية الجلدية وتمددها ومن النادر ان يحصل بعد استمرار هذا
الداء زمنا طويلا ثخن عظيم فى الجلد المحمر فتتكون فيه نتوات عظيمة
مستديرة لاسيما فى الانف وتكون اما عريضة القاعدة أو ذات عنق
وتحدث تشوها كليا فى الوجه والانف ثم ان الاكنة الوردية ولو غير الناتجة
عن الادمان على السكر تعتبر من الطفحات الجلدية المستعصية جدا فانه
وان حصل بمشاقة عظيمة فى الاجزاء المحمرة من الجلد أو زوال الاحمرار زوالا

زانيا

ذاتيا أوعقب معالجة لائقة الا ان ذلك يعقب بنكسات متوالية بحيث ان كثيرا من المصابين بهذا الداء من يابى المعالجة بالكلية ولوانهم يأنفون هذا الداء اما بسبب التشوه أولكونه يوقظ الظن فيهم بادمان السكر

(المعالجة)

ينبغى عند ظهور العلامات الابتدائية من الاكنة الوردية منع استعمال المشروبات الروحية بالكلية وعند وجود اضطرابات مرضية فى الاعضاء التناسلية عند النساء والبنات ينبغى معالجتها على حسب القواعد السابق ذكرها وعند الاشخاص ذوات الامتلاء الدموى والمعتريهم احتقانات دماغية وامساك ينبغى استعمال المسهلات كالمياه المرة السلفاتية والمعالجة ببعض المياه المعدنية كماء كريت زناخ ومريم باد وكسنجن والنتيجة العظمى فى هذا الداء يتحصل عليها بالمعالجة الموضعية ففى الاشكال الخفيفة من التمدد الوعائى والاحمرار ينتخب ولابد الكبريت اما على هيئة العجينة الكبريتية أوعلى هيئة ماء غسل المعلم كلفلاد أومحلول كبد الكبريت والاوفق استعمال هذه الوسائط فى المساء ودلك الجلد بها بلامسح تركه يؤثر فيه واذا حصل تهيج شديد فى الجلد ينبغى ولابد ترك استعماله بعض أيام وزيادة عن ذلك يستعمل مع النجاح السليمانى الاكال محلولا مع الماء المقطر بقدر ٠٧ ٠ سنتجرام من السليمانى أعنى قمحة ونصف على ٣٠ جرام من الماء المقطر و يغسل به الاجزاء المريضة أو يكمد به الى أن تتكون حويصلات صغيرة أوتتقشر البشرة وكذا الشمع الزيبقى الذى يوضع على الاجزاء المريضة مدة الليل وفى الدرجات الثقيلة من الاكنة الوردية ينبغى الاجتهاد فى ضمور الاوعية الشعرية المتمددة وانسدادها وذلك يتم بشقها طولا بواسطة ابرة الكتركتا أومشارط دقيقة ثم مسها بمحلول أول كلورور الحديد بعد استمرار النزيف زمنا قليلا

(رابعا فى الانزفة الجلدية المعروفة بالبربورا وتسمى كذلك بالفرفورا)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

النزيف يحصل فى الجلد كما فى غيره من الاعضاء عقب تفرق اتصال فى جدر الاوعية لكن الانزفة الصغيرة يمكن حصولها أيضا كما أثبته ابتداء المعلم استركر

عقب نفوذ الجسيمات الدموية الحمر من خلال الجدر الوعائية بدون تفرق اتصال فيها ومتى انسكب الدم فى جوهر الجلد وارتشح فى حالات منسوجه تكونت بقع محمرة أو مزرقة أو مسودة وهى البربورا فان كانت تلك البقع صغيرة مستديرة سميت بالنمش وان كانت مستطيلة شريطية سميت بالقسيبيتس أى بالبقع الشريطية وان كانت منتشرة وغير منتظمة سميت بالاكيموزس أى الكدم وان ظهر الانسكاب الدموى على شكل تعقدات صغيرة سمى بالحزاز الازرق أو النزيفى أو بالبربورا الحلمية ولى بعض الاحوال قد تنفصل البشرة عن الجسم الحلمى وترتفع على هيئة حويصلة بواسطة الانسكاب الدموى وفى أحوال أخرى قد تنثقب البشرة ويسيل النزيف الى الخارج واما ان خرج النزيف من مسام الجلد ومن فوهات الاجربة والغدد الدهنية والعرقية وكان غير مختلط بالعرق فلا يجوز تسميته بالعرق الدموى اذ ليس بين النزيف الجلدى وافراز العرق أدنى ارتباط

ثم ان الانزفة الجلدية تنشأ (أولا) من أسباب جرحية ظاهرة ومن جملتها الناشئة عن لدغ البراغيث لان لها بعض اهمية من حيثيه كون الاطباء غير المتمرنين يخطئون فى التشخيص و يظنون وجود مرض ثقيل فى الدم فيشاهد بعد لدغ البرغوث هالة وردية أو حامية يوجد فى مركزها الجرح الاحمر الداكن وهو محل اللدغ وعند بعض الاشخاص يتكون فى محيط لدغ البرغوث انزفة صغيرة فى جوهر الجلد مثل الانزفة الصغيرة التى تتكون حول عض الدود وبعد استمرار هذه النكت مدة قليلة من الزمن تزول الهالة المحمرة المحتقنة التى كانت محيطة بالنقطة النزيفية وهذه البربورا البرغوثية تتميز عن غيرها من النمش بصغرها (وثانيا) تنشأ الانزفة الجلدية عن تمزق فى الاوعية عند امتلائها امتلاء عظيما فانه لا يندر مشاهدة البربورا فى الوجه وتغطيته بها عقب السعال الشديد او نزول الحيض بعنف كما انه قد تشاهد بقع بربورية فى الاطراف السفلى عند عوق رجوع الدم ووجود أوعية دوالية فيها (وثالثا) قد يكون النزيف الجلدى فى أحوال أخرى عرضا لاضطراب بنيى عمومى فهناك أمراض فيها تكون البربورا من الظواهر المرضية اللازمة كالبربورا الروماتزمية والبوربورا

البسيطة وداء ورلهوف والاسكربوط كما انه توجد امراض اخر يكون فيها النزيف الجلدى عرضا غير ملازم كما فى الحميات الثقيلة كالتيفوس والحميات الطفحية الحادة والتسمم الصديدى للدم والهيضة والحمى الصفراء والاشكال الثقيلة من اليرقان واللوكيميا وداء برايت والتسمم الكؤلى والفوسفورى ونحو ذلك وفى كثير من الامراض المذكورة تحصل الزرقة فى أعضاء ومنسوجات أخر ومن ذلك يتضح ان هنالك استعدادا نزيفيا عموميا لم يمكن الى الآن توجيه ينبوعه الاصلى توجيها كافيا ويظهر ان هذا ناشئ عن تغير واستحالة مرضية فى جدر الاوعية الشعرية الصغيرة وهذه الاستحالة المرضية لجدر الاوعية من الجائز ان منشأها تغير فى صفات الدم وأقله نرى فى الاوعية التى يحتبس الدم النقى الجارى فيها احتباسا وقتيا بواسطة رباط انه عند جريان العامود الدموى فيها ثانيا تخرج من خلال جدرها كرات دموية حمر ويحصل اكيموزس شعرى ومن السهل جدا تمييز الاحمرار المتكون فى الجلد بواسطة الانسكاب الدموى عن الاحمرار الاحتقانى فان الاول يكون أكثر تشبعا ودكنة وذلك لان الدم يكون خارج الاوعية ويتغير لونه بسرعة بواسطة تغير المادة الملونة للدم فيصير اولا اسمرا واسود مسمرا ثم اسمر زاهيا ثم مصفرا ثم مخضرا احيانا لكن الصفة الرئيسية تتخذ من حالة الاحمرار عقب الضغط بالاصبع لان الاحمرار الاحتقانى يزول بالضغط واما الاحمرار البربورى فلا يزول بالضغط المذكور ومع ذلك ننبه على ان البقع الجلدية الحمر قد تكون من دوجة الطبيعة والبقع البربورية البسيطة تظهر فى عدة ايام تغيرات اللون السابق ذكرها ثم تزول بدون اثر ومع ذلك قد يمتد التغير المرضى ويستمر زمنا طويلا وذلك انه باستمرار تأثير التغير المرضى الباطنى يحصل تكرر ظهور البقع الدموية زمنا طويلا ثم ان البقع البربورية وان كانت فى حد ذاتها ليس لها ادنى اهمية الا انه من المعلوم ارتباطها بتغيرات مرضية باطنية مهمة ولذلك ان الحكم على عاقبة البربورا العرضية تتعلق ولابد بالمرض الاصلى ولناموس الثقل تأثير واضح بالنسبة لمحل ظهور النمش ولذا انه كثيرا ما يظهر فى الاطراف السفلى وتكثر غزارته فيها قد ذهب كثير من المؤلفين المستجدين الى ان كلا من

البوربورا البسيطة والدمويه (اى داءورلهوف) والاسكربوط بوسط ينتقل احدهما الى الاخر بل قد قيل ان تلك الامراض درجات متفاوتة من مرض واحد والبوربرا البسيطة تشاهد عند الاصحاء كما تشاهد عند الضعفاء البنية المنهوكين بدون سبب معلوم ويجوز تشخيص البسيطة منها متى ظهر غش اواشرطة دموية بدون اضطرابات عمومية اومع حالة هبوط وعدم قدرة على الاشغال وفقد فى الشهية وظهوره يكون امافى الاطراف او فى جميع الجسم مع فقد جميع الامراض التى تصاحب البوربرا الدموية أوالاسكربوط وكثرة وجود البول الدموى ولوفى الاحوال المرضية المطابقة لحالة البوربورا البسيطة يدل على وجود المشابهة بين كل من البسيطة والدموية وسير البسيطة جيد ولوان الشفاء يحصل فيه تأخيرمدة أسابيع اواشهر عقب تكرار هذا المرض مرارا

ومن زمن المعلم شونلين يميز (بحق او بغير حق) شكل مخصوص من البربورا يسمى بالروماتزمى فيه تظهر عند الشبان او بعد هذا الطور بقع حمر سطحية اومرتفعة قليلا عن سطح الجلد مع ظواهر حمية قليلة اوبدونها ومع الام روماتزمية وانتفاخ اوذيماوى فى الركبتين والقدمين (ومن ذلك سهولة اختلاط هذه الحالة بالروماتزم المفصلى) فى الاطراف السفلى اوفى غيرها من اجزاء الجسم كاليدين والذراعين والصدر والبطن وهذه البقع تكون ابتداحمراقانية ناشئة عن الاحتقان غالبا ثم تصيرفيما بعد حمرادا كنة وبعد استمرارها من ٨ ايام الى ١٤ تزول بالكلية وفى اثناء شفائها قد تتردد مع ظهور الآلام والامر المعلوم من انه مع ظهور هذا الشكل من البوربرا تظهر طفحات أخر كالاريتما النضحية والانجرية والهربس أدى لتعضيد القول بوجود ارتباط بين هذا الشكل من البوبورا والامراض السابق ذكرها وان الروماتزمية منها كالامراض المذكورة تعتبر من الامراض العصبية

(المعالجة)

كل من البربورا البسيطة والروماتزمية ينتهى بالشفاء ولا يحتاج الا

لمعالجة عرضية خفيفة كمضاربة الالام والحمى ذوالانتفاخات الاوذيماوية في المفاصل فالبقع البربورية تزول من نفسها واغما عند كثرة ترددها يلتجئ ولابد لاستعمال اول كلورور الحديد والجو يدار من الباطن مع التمتع بالهواء الجيد والوضع بالاستلقاء على الظهر لايجوز الامر به الاعند تكرار ظهور النمش عند الوقوف وكذا تغليف الاطراف السفلى برباط حلزونى ضاغط بعد الغسل بالماء البارد والخل قد يمنع تكرار ظهور البقع الدموية في الاطراف السفلى

(خامسا في التولدات المرضية الجديدة للجلد)

كل من الاورام السرطانية والعصبية والبشرية التي هى من جملة التولدات الجديدة الخبيثة نحيل شرحه على كتب الجراحة ولا نذكر منه هنا سوا اللو بيس باشكاله سواء كان مصيبا للجلد او لبعض الاغشية المخاطية

(المبحث الثامن عشر)

(في اللو بوس ويعرف بالقوبة الاكالة والقراضة)

(كيفية الظهور والاسباب)

اللو بوس عبارة عن تولد مرضى خلائى جديد يصيب الجلد والاغشية المخاطية المتصلة به ويتصف كغيره من الاورام الخلوية كالدرن والسرطان والتولد المرضى الجزامى بالتلاشى والاضمحلال وتبعا الابحاث توما يتبع اللو بوس في نموه الاعتيادى تفرع الاوعية الموجود حولها تراكمات من اخلية لينفاوية وهذه باختلاطها تؤدى لتكون اورام عقدية صغيرة او كبيرة فهذه العقد تشتمل حينئذ على منسوج ذى اخلية صغيرة كثير الاوعية ولذا عده وابرجهوف من الاورام الحبيبية ويعترى جزا من جوهر هذه الاورام فيما بعد استحالة نموية توجد فيه تجمعات من اخلية مستديرة مشتملة على مواد عضوية اولية ويوجد في مركزها كثير من اخلية كثيرة النوايات ثم يعترى جوهر الورم التلاشى والاضمحلال فيما كابدته اللاستحالة الشحمية والتكاثف الجبنى فيها اما ان تمتص او تتقرح والتكون الندبى في محيطها يكون عبارة عن ظاهرة ترميمية تؤدى لالتحام الاجزا المتقرحة واسباب اللو بوس غير واضحة بالكلية فان هذا المرض وان حصل بكثرة عند

الاشخاص الخناز يرى البنية الان عددا عظيما منهم يبقى مصانا عن
الاصابة به وكثير من الاشخاص الغير المصابين بداء الخناز ير يصابون به
وعين ذلك يقال بالنسبة للمصابين بالزهرى الوراثى فانه لا ينكر ان اللوبوس
كثير الحصول عند الاشخاص الذين يظن فيهم بوجود الزهرى الوراثى
أو يتحقق وجوده عندهم لكن من جهة أخرى يكون من الاكيد ان مثل
هؤلاء الاشخاص يكونون فى الغالب مصانين عن اللو بوس ولذا أن تمييز
اللو بوس الى خناز يرى وزهرى وذاتى ليس جيدا والتقاويم الطبية التى
دلت على وجود اللو بوس فى الاطوار المختلفة من الحياة وفى النوعين قد
استنبط منها ان هذا الداء نادر فى سن الطفولية وأندر من ذلك بعد سن
الثلاثين وأكثر حصوله بين العشر سنين الاول والعشرين وان كلا من
النوعين تكثر اصابته به لكن النساء أكثر اصابة به من الرجال

﴿الاعراض والسير﴾

المجلس الاعتيادى للو بوس هو الوجه خصوصا الانف وأرنبته وجناحيه
والوجنتين والاذنين والجبهة وقد يتعدى التغير المرضى من الجهة
الانسية لجناح الانف أو من الحاجز لكن الغالب ان يمتد هذا المرض من
الجلد الى باطن الانف امتدادا مستويا أو مصيبا البعض أصفار دون أخر
أو انه يمتد الى الغشاء المخاطى الفمى أو الحلقى أو الحنجرى أو الملتحمى أو
القرنى وبعد الوجه فى الاصابة الاطراف لاسيما الساعدين والساقين ممتدا
الى اليدين والقدمين وزيادة عن ذلك يشاهد فى العنق والظهر
والاليتين وبالجملة يصيب جميع أجزاء الجلد ولو ان بعضها يندر اصابته وتكون
تابعية والعلامات الاولية من اللو بوس تكون غالبا غير واضحة فلا يعتنى بها
كلية أو يعتنى بها قليلا وهى عبارة عن ظهور بقع صغيرة حمر مسمرة محدودة غير
مؤلمة بطيئة النمو أو تعقدات صغيرة تكون مع شدة صلابتها كثيرة المشاشة
بحيث انها تدمى بسهولة وبالضغط الخفيف عليها بقلم من الحجر الجهنمى
يمكن التعمق فيها بسهولة (وهذا هو اللوبوس النكتى والدرنى) وقد يمكث
هذا الداء فى هذا الدور على هذه الحالة زمنا طويلا قبل ان يكابد استحالات
أخر ومن النادر ان يكون ذا سير حاد بحيث يحدث ترشحات ممتدة فى

قليل من الاسابيع وعند انحطاط التغير اللوبوسى وشفائه تظهر هيآت مختلفة ففى بعض الاحوال يصغر حجم التعقدات اللوبوسية عقب تلاشى عناصرها الخلائية وامتصاصها فالجزء المصاب من الجلد يتفرطح والبشرة تنفصل منه على شكل قشور عظيمة (وهذا هو المسمى باللوبوس القشرى) والجلد يعتريه حينئذ تصرندبى لاسيما فى جناحى الانف وفى أحوال أخرى يحصل تخن وتقيح فى البورات اللوبوسية فيتكون أسفل القشور القيحية الجافة قروح ذات قاع سهل الادما أملس أوذى تحببات فطرية (وهذا هو المسمى باللوبوس التقرحى) ولايندران يمتد التقرح فى الغور (وهذا هو اللوبوس الاكال) وحينئذ يمكن تهتك بعض الاعضاء ذات الجدر الرقيقة كالانف واللهاة وتتعرى بعض العظام أو الغضاريف وتتنكرز وفى بعض الاطراف يحصل تشوه عظيم ويفقد وظيفته وهناك شكل آخر منه يظهر غالبا فى الاطراف وله ميل تام للامتداد والسعى فى جزء عظيم من الجلد وذلك انه يتكون فى حافة جزء الجلد المريض ارتشاحات لوبوسية جديدة أما الاجزاء المصابة ابتداء فيحصل فيها امتصاص أو تقرح (وهذا هو المسمى باللوبوس الثعبانى أو التعرجى) ثم ان الاشكال المختلفة المذكورة من هذا الداء لاينافى وجود بعضها البعض الاخربل كثيرا ما تصطحب مع بعضها وانما أحد الاشكال يكون هو المستلطن على الاخر

ثم ان اللوبوس وان كان من الامراض القابلة للشفا الا أن انذاره ليس حميدا بالكلية فانه من جهة يهمل فى معالجته بسبب سيره البطئ جدا الذى لايندران يمتد جملة سنين بحيث ان شفاءه فيما بعد لايمنع من تكون ندب التحامية مشوهة واتلاف بعض الاعضاء ومن جهة أخرى يخلف شفاءه ولو بعد سنين استعداد واضح للنكسات وبالنسبة للتشخيص فمن الجائز اختلاط النكت والتعقدات اللوبوسية بسبب لونها الاحمر المسمر بالدرن الزهرى والقروح اللوبوسية بالقروح الزهرية لكن عند الالتفات يمكن ولابد التمييز فى التشخيص باعتبار الامور والظواهر الخاصة بكل من هذين المرضين واما انتقال التولد المرضى اللوبوسى الجديد الى السرطان البشرى فلايمكن حصوله وانما قد يمكن ظهور الاخير على قاع القرحة

اللبوسية
وهناك شكل آخر مخالف بالكلية للبوس الاعتيادى السابق شرحه وهو المعروف باللوبوس الارتماوى (للمعلم كازناق) والتغير المرضى هنا (تبعا لهبرا) يبتدأ من الغدد الدهنية التى تكون مضطربة فى وظيفتها و فتحاتها متمددة وممتلئة بسدد من مادة دهنية وبشرية وفى الدور المتقدم من هذا الشكل تحصل تراكمات خلوية غزيرة فى هالات المنسوج الخلوى المحيط بالغدة والابحاث التشريحية للمعلم نيمن وغيره أيدت قول المعلم هبرا وانما تبعا للمعلم نيمن لايبتدى هذا الشكل على الدوام من الغدد الدهنية والاجربة الشعرية كما ثبت ذلك بحالة ظهر فيها التغير المرضى زيادة عن الوجه فى راحة اليدين التى لم توجد فيها تلك الغدد ثم ان اللوبوس الارتماوى يكاد لايصيب الا الوجه لاسيما الانف وأجزاء الوجنتين القريبة منه (وهذا هو شكل ابى الدقيق) فيشاهد هنا ارتفاعات صغيرة محمرة تمتد ببطء ويوجد فى مركزها قشيرة بنزعها تشاهد سدة دهنية فى قناة الجراب الدهنى وهذا التغير المرضى اما ان ينتهى بالشفاء بدون ان يخلفه تغير اوان يخلفه ندبة بجمنتية منقبضة بعد استمراره مدة طويلة وهذا الشكل الذى تكثر اصابته للنساء يكون مصحوبا عند ظهوره الحاد بحمى كثيرة الشدة أو قليلها وانتفاخ فى المفاصل وآلام عظمية وانتفاخات عقدية ولاسيما بالحمرة الوجهية الخفيفة أو الثقيلة

﴿المعالجة﴾

معالجة اللوبوس تنحصر فى أمرين الاول تبعيد التولد المرضى الجديد المتخلل فى جوهر الجلد فان بقاءه فيه زمنا طويلا وتلاشيه يؤدى كل منهما التحككات ممتدة فى الجلد وندب انخامية مشوهة والثانى هو منع تكون ارتشاحات لبوسية جديدة ففى الامر الاول اتفق جميع الاطباء المشتغلين بأمراض الجلد على ان العقد اللبوسية تستدعى معالجة موضعية قوية لكن الوسائط والطرق العلاجية التى يراد الحصول منها على هذه الغاية تتنوع جدا وان كان لايشك فى ان الحصول على هذه النتيجة ممكن ولو مع اختلاف الطرق العلاجية بشرط استعمالها استعمالا لائقا ولذا نرى ان التمرن على اجراء

اى واسطة علاجية مخصوصة قد يكسب بعض الجراحين أو الاطبا الغير المتقدمين فى المعارف شهرة عظيمة فى معالجة اللوبوس بل والسرطان حتى الحجر الجهنمى الكثير الاستعمال الجيد التأثير يحتاج فى استعماله لتمرن مخصوص وهو انه ينبغى الدخول فى العقد اللبوسية بقلم الحجر الجهنمى المبرى بحركة دائرية فكانما يقصد به فساد المادة اللبوسية وفصلها عن الجلد السليم وهذا امر سهل فان هذه المادة هشة والجلد السليم فيه مقاومة فالحجر الجهنمى يفسد بهذه الكيفية الاجزاء المريضة فقط بدون ان يفسد الاجزاء المريضة والسليمة معا ككالبوتاسا الكاوية والالم الناتج عن الكى يزول بعد مضى ساعات فينبغى تكرار الكى بهذه الكيفية مرة أو مرتين فى كل أسبوع لانه فى كل مرة لا يمكن الا افساد بعض العقد لا جميعها وعندما تكون العقد اللبوسية متعددة ومتفرقة فقد أوصى كل من هبرا وكبوزى باستعمال عجينة زرنيخية ضعيفة (بأن يؤخذ من الزرنيخ الابيض ٦ ديجرام أعنى عشرة قمحات ومن الزنجفر ٢ جرام أعنى نصف درهم ومن مرهم الورد ١٥ جرام أعنى نصف أوقية) ويؤخذ من هذه العجينة قطعة على سن الملوق ويدهن بها شريط من البفت ثم يوضع على الجزء المريض ويكرر وضعه ثلاث مرات فى كل ٢٤ ساعة ففى اليوم الثانى تحصل الام خفيفة تشتد جدا فى اليوم الثالث وتصطحب بانتفاخ أو ذيماوى فى الوجه والاجفان لكن العقد اللبوسية تكون مستحيلة الى خشكريشة مسودة رخوة منعزلة عن الجلد السليم الذى لا يكون متأثرا اما المواد اللوبوسية فانها تكون منفسدة بالكلية بعد جملة من الايام تنفصل الخشكريشة بالتقيح ويبقى محلها فقد جوهر على شكل ثقوب تتكون فيها ازرار لحمية بسرعة ثم تلتحم وعندما تكون العقد اللبوسية متقرحة قد يكفى وضع هذه العجينة يوما او يومين حتى يحصل التخشكر ولم يشاهد تبعا التجارب كابوزى تسمم زرنيخى بهذه الطريقة مطلقا مادامت العجينة ليست اقوى فى التركيب مما تقدم ووقع التأثير على محال ليست اكثر اتساعا من راحة اليد او اليدين واما المعالجة بالتشريط التى اوصى بها او اجراها ابتداء دبينى وتقدمت جدا بواسطة المعلم فلكمن وبل فهى

عبارة عن وخز السطح المريض بشقوق عديدة قريبة جدا من بعضها غورها من خط الى خطين بواسطة مشرط ذى سن حاد رفيع جدا أو مبضع حاد مستطيل السن وهذه الطريقة يتكرر اجراؤها من ثلاث مرات الى ثمانية فى ظرف جملة اسابيع وبها يحصل ضمور الاوعية الشعرية من جهة ومن جهة اخرى تساعد على حصول تلاشى الاخلية المرتشحة وامتصاصها وهناك تنويع اخر لهذه الطريقة اوصى به فلكمن وهو كشط المواد اللبوسية الرخوة بواسطة ملعقة حادة الطرف لكن حيث انه لا يمكن استبعاد جميع الاجزاء المريضة بواسطتها ينبغى ولا بد استعمال الوخز او الكى فى سطح الجرح وحيث ان طريقة فلكمن هذه مؤلمة جدا فقد اوصى باستعمالها عقب التخدير بالكلوروفورم وعين ذلك يقال بالنسبة لطريقة الكى الجلوانى التى استعملها ابتداء هبرا فى اللوبوس وعند اجراء هذه الطريقة يمر السلك البلاتينى المحمى للدرجة البيضاء من المواد اللبوسية فيفسدها

ثم انه لا يجوز على الدوام اجراء معالجة موضعية مفسدة فى اللوبوس فانه عندما يوجد بدلا عن التعقدات اللبوسية ارتشاحات سطحية فقط كما يشاهد ذلك فى اللوبوس التفلسى والارتماوى يمكن حصول الشفاء بدون تقرح عقب امتصاص الاخلية المرضية ولذا انه فى الاحوال التى فيها تكون اجزاء الجلد قليلة الارتشاح (ومغطاة) بنكت يجتهد فى حصول التحلل والشفاء بالطرق البسيطة فانه لا يعقبها تشوهات ندبية كما يحصل عقب الشفاء بواسطة المعالجة المفسدة ولاجل انالة هذه الغاية ينبغى مس الجزء المريض جملة ايام متوالية بمحلول مركز من الحجر الجهنمى (جزء من الماء على جزء او جزءين من ازتات الفضة) أو بصبغة اليود لاجل احداث تهيج موضعى ويترك المس بعد ظهور الالم والانتفاخ ثم يكرر ثانيا متى زال التهيج ومن الموصى به بكثرة أيضا فى اللوبوس الارتماوى استعمال المشمع الزيبقى وذلك ان يطلى به قطعة من البفت الناعم ثم توضع على المحل المريض مع تغييرها كل يوم مدة طويلة من الزمن وزيادة عن ذلك يستعمل فى اللوبوس الارتماوى بعض المهيجات الشديدة والكاويات الخفيفة واولها روح الصابون البوتاسى (بأن يؤخذ

من الصابون الاخضر ١٠ جرام ومن روح النبيذ المركز ٥٠ جرام ويترك للمزج مدة ٢٤ ساعة ثم يرشح ويضاف اليه روح الخزامى ٥ جرام وبهذا المخلوط تدلك الاجزاء المريضة جملة مرات بواسطة فرشة دلكا قويا حتى يحصل الادماء ثم يوقف الاستعمال ولا يكرر ثانيا الا بعد سقوط القشور التى تكونت من المس الاول ويوصى أيضا فى اللوبوس الاريتماوى باستعمال وسائط موضعية عديدة أخرى كالجليسرين اليودى (المركب من اليود النقى ومن يودور البوتاسيوم من كل ثلاثة جرامات ومن الجليسرين ستة جرامات) وكذا المس بالقطران والكى مع الاحتراس بحمض الخليك أو الكلورودريك أو الكربوليك أى الفينك بل وبحمض النتريك المركز او بالبوتاسا الكاوية (جزء منها على جزءين من الماء) وبالجملة يستعمل مع النجاح وخز المحل المريض على حسب طريقة فلكمن كما ذكرناه سابقا وجميع هذه الطرق العلاجية ينبغى معرفتها والاعتناء بها فانه كثيرا ما لا تثمر أحداها فى حالة تثمر فيها طريقة أخرى وأما المعالجة الباطنية فاغلب المؤلفين لا يعتمد عليها فى معالجة اللوبس اذ بها لا يتحصل على شفاء أكيد فى هذا المرض ولا يمكن شفاء النكسات الجديدة التى يخشى منها ولابد ولو مع استعمال المعالجة الموضعية انما فى بعض الاحوال قد يشاهد منها منفعة عظمى لاسيما استعمال زيت كبد الحوت بمقادير عظيمة والمحلول الزرنيخى لفالير وطبوخ زتمن الذى شاهدنا منه نجاحا عظيما احيانا ومن الواضح انه عند وجود احوال مرضية مع اللوبس كداء الخنازير او الانيميا ينبغى معالجتها بما يليق

(سادسا فى الامراض الجلدية الطفيلية)

﴿المبحث التاسع عشر فى السعفة﴾

توجد طفحات جلدية عديدة فيها تولد نباتات طفيلى تارة واخرى حيوان طفيلى فوجود هذا الفطر فيها ليس بالمصادفة بل انه هو السبب الاصلى لحصول تلك الطفحات الجلدية ففى الامراض الجلدية الناشئة عن الفطر النباتى يكون مجلس هذا الفطر المكروسكوبى اما بين طبقات البشرة او فى الحويصلات الشعرية او فى الاظافر والمعلم شونكير

هو الذى اثبت ابتداء الطبيعة الفطرية النباتية لداء السعفة لكن منشاء
هذا الفطر (المعروف بالاكور يون للمعلم شونلين) ولا سيما كونه
فطر الصليا قائما بنفسه او نوع نبت من فطر التعفن لم يتحقق الى الآن فالمعلم
هوفن بمدينة جيسن ذهب تبعا لابحاثه وتجاربه الى ان الفطر السعفى الاصلى
نوع ميكورتسموزس اى الميكور ذى التفرع تنضم اليه غالبا البنسليوم
جلوكم ثم ان الفطر السعفى ولو انه عسر التثبت ينتقل من شخص الى آخر
او من شخص الى حيوان وعكسه فكثيرا ما ثبت عند الاصابة بالسعفة انتقال
هذا المرض من شخص الى آخر باستعمال غطاء الراس وملبوسه مع الاشتراك
او مخالطة بعض الحيوانات المريضة (كالكلاب أو القطط) وفى احوال
اخرى لا يمكن اثبات ينبوع هذا الفطر وحينئذ يقال ان احدى الجراثيم
الفطرية السعفية وصلت الى جلد شخص غير نظيف مكثت فيه زمنا كافيا
حتى وصلت الى اجربة الشعر وكذا استعمال الضمادات او المكمدات برفائد
غير نظيفة عفنة يمكن ان يساعد على تثبت هذا الفطر على الراس والسعفة
تشاهد بالاكثر عند الاطفال والشبان وفى الذكور اكثر من الاناث وهى على
العموم مرض جلدى نادر ولعل المؤلف ذكر ندرته بالنسبة لبلاده واما فى
قطر مصر فهو مرض ليس بنادر سيما عند الفقراء

﴿الاعراض والسير﴾

تظهر السعفة غالبا فى فروة الراس ولكنها تظهر احيانا فى اجزا اخر من
الجسم بل وفى جوهر الاظافر (وهذا من الحرش ولابد) فمتى شوهد شخص
مصاب بالسعفة بعد النظافة وتكوين الطفح ثانيا يرى فى الايام التابعة
لذلك قشيرات مبيضة فقط وهذا هو المعروف بالبتيريازس الرأسى ثم
بعد مضى بعض اسابيع تشاهد جسيمات فى حجم راس الدبوس ذات لون
مصفر منغرسة فى الجلد تكون مثقوبة من مركزها بشعرة وتتكون
من مواد فطرية تنمو بين الطبقة البشرية الظاهرة المتشبثة بالشعرة
والباطنة المبطنة لفوهة الجراب الشعرى وهذه المواد الفطرية
بنموها وتكاثرها تمدد جدر الطبقة البشرية الى نوع محفظة يصل
حجمها الى حجم العدسة او ازيد وتكون منبعجة فى مركزها بسبب

التصاق البشرة بأصل الشعر وبذا يعاق نمو الاواد الفطرية فتنبعج واما السطح الباطن للجسيمات السعفية المتجه نحو الجلد فانه يكون محددا بحيث يمكن فصلها عن الجلد من حافتها بدون جرحه ثم فيما بعد تتلامس تلك الجسيمات ببعضها وتختلط فتتكون قشورا عظيمة ومع ذلك فيمكن على الدوام معرفة تركيبها وانها متكونة من أقراص حلقية وفى الانتهاء تتفتت تلك القشور من سطحها الظاهر ويحل محل لونها الاصفر التبنى الخاص لون ابيض جبسى بحيث عند النظر الى محلها يمكن عدم معرفة طبيعة هذا الطفح مالم توجد فى بعض الاصفار جسيمات سعفية صغيرة واصفة ومع طول الزمن يتكدر نمو الشعر النابت من الجسيمات السعفية فيفقد لمعانه ويصير ترابى اللون ويسترق ويفقد مادته الملونة ثم يسقط بالكلية بدون تجدد وذلك لان الجريبات الشعرية تضمر بسبب ضغط الجسيمات السعفية التدريجى فيحصل حينئذ من ترك هذا الداء ونفسه شفاء تام الا ان هذا بعد جملة سنين ثم يخلفه صلع تام ندبى وضمور فى الجلد ومع ذلك توجد أجزاء أخر من الجلد تصاب من جديد وتكون مغطاة بالقشور الواصفة لهذا المرض وتمييز السعفة عن غيرها من الطفحات الجلدية لفروة الرأس كالبسوريازس والاجزيما ونحو ذلك يندر ان يكون فيه صعوبة وانما فى الاحوال التى فيها يكون عند طفل مصاب بالسعفة هرش قوى بسبب القمل أو نحوه وحصول أجزيما يكون من الضرورى حينئذ فعل التشخيص بواسطة الميكروسكوب فبه يظهر ان الجسيمات السعفية مكونة من عناصر فطرية ومن مادة حبيبية ضامة زيادة عن الغلاف البشرى ويمتد من السطح الظاهر للحافظ السعفية أخيطة عديدة من الميتسيل النباتى فى باطن الجسيمات السعفية وفى الابتداء تكون هذه الاخيطة بسيطة ثم تنقسم وتصير عقدية وتتفرع فينشأ منها عدة فريعات وهذه العناصر الفطرية توجد أيضا فى غمد البصيلات الشعرية بل وفى الشعر المستخرج نفسه

﴿المعالجة﴾

متى كانت السعفة مصيبة لاجزاء من الجسم مغطاة بوبر زغبى من الشعر

تسهل معالجتها واما السعفة المصيبة لفروة الرأس فانها تحتاج لمعالجة مستطيلة منتظمة للغاية فيبتدئ بتنظيف الرأس جيدا بواسطة الدلك بالزيت المتكرر والاتة القشور ونزعها ثم غسل الرأس بالماء الفاتر والصابون غسلا جيدا ومتى تم تنظيف الرأس بعد يوم أو اثنين يظهر الشعر محمرا قليلا بحيث ان غير المتمرن يظن ان الداء قد انتهى غير ان الجراثيم العديدة الباقية فى الاجربة الشعرية تنمو من جديد وعما قليل من الاسابيع تتكون الجسيمات السعفية ثانيا فالقصد من المعالجة حينئذ تبعيد الجراثيم الفطرية المختفية فى الاجربة الشعرية وازالتها وهذا يستدعى ابتداء فتح الاجربة الشعرية المصابة بواسطة نتف الشعر المصاب الذى يتم بغاية السهولة لان الشعر المريض يكون سهل النزع ويفعل ذلك اما بواسطة جفت أو على حسب طريقة هبرا بقبض الشعر على هيئة حزم صغيرة بين طرف ملوق او سكين غير حاد والابهام الضاغط وينزع الشعر المريض بسهولة بخلاف السليم فانه لا ينزع وزيادة عن هذا النتف المتكرر ينبغى غسل الاجزاء المريضة بالصابون كل يوم مرة ومرتين أو بروح الصابون البوتاسى وينضم لذلك الاستعمال الموضعى لاحدى الوسائط المعروفة باسم باقالة قطر كبرهم الكر بوزوت جزء منه على ٦ أجزاء من الشحم الى ٨ منه أو المس بمحلول حمض الكربوليك (بأن يؤخذ من حمض الفنيك ٣ جرام ومن كل من الجلسرين والكئول ٣٠ جراما ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما) او بمحلول السليمانى (المكون من ٥ دسيجرام منه على ١٠٠ جرام من الماء المقطر) (أو الدلك بزيت الترمنتينا أو مرهم الراسب الابيض او نحوه) ومع ذلك لا ينبغى انتظار حصول التأثير السريع القوى من تلك الوسائط بل كثيرا ما لا يحصل الشفا ما لم يحصل نتف الشعر وغسل الراس بكيفية قوية مستمرة جملة اشهر واما المحال الناقعة المغطاة بوبر شعرى خفيف فالمعالجة السابقة فيها تؤدى للغاية المطلوبة فى اقرب زمن واما المعالجة المستعملة فى مصرنا بنتف الشعر دفعة واحدة بواسطة لصوق من الزفت فتعد من المعالجات الوحشية القاسية وكثيرا ما تعقبها النكسات

الطفيل الناشئ عن هذا الطفح (المعروف بالتريكوفيتون تنزورنس) الذى استكشفه ملستن وجربى ينبت بين طبقات البشرة والشعر بل والاخلية الظفرية ولذا ان هذا الطفح يمكن ظهوره فى جميع أصقاع الجسم اما ذاتيا بمساعدة الشروط الاعتيادية المعينة على تكاثر الفطر التعفنى الاعتيادى وهى التى تسهل استرخاء البشرة ونفوذه من طبقاتها الباطنة كالحمامات المتكررة والضمادات المستمرة لاسيما برفائد غير نظيفة محتوية على فطر وكذا أجزاء الجسم المنداة بالعرق دائما كاسفل الثدى والثنيات الصفنية الفخذية واما ان يكون ينبوع هذا الطفح العدوى وتكون اما من شخص لآخر أو من بعض الحيوانات (كالابقار والخيول والكلاب والقطط) ونحو ذلك اذ من المعلوم انها كثيرة الاصابة بالهربس الفطرى

ثم ان الفطر النافذ فى البشرة يهيج الجسم الحلمى عند ابتدائه فى النمو فيحدث احتقانا موضعيا او بقعة محمرة وبامتداد نمو الفطر فى الدائرة يزداد محيط هذه البقعة المحمرة فتكتسب شكلا مستديرا أو بيضاويا فى حجم العدسة أو أزيد الى حجم قطعة الريال وعندما يكون التهيج قليلا لا يحصل نضح واضح وانما تنفصل البشرة على هيئة قشور مبيضة من القاع المحمر (وهذا هو المعروف بالهربس الفطرى البقعى) وحيث بانفصال البشرة تنفصل أيضا المواد الفطرية المحتوية عليها فيحصل الشفاء ويبتدئ بالاجزاء المصابة أولا أعنى فى مركز البقعة المستديرة فيظهر الجلد فى المركز حينئذ سليما أو يحمنيا بحيث يظهر بدلا عن البقعة المستديرة نوع حلقة تتسع شيأ فشيأ وتمتد من جهتها الوحشية الى أن تختلط بحلقات أخر من نوع هذا الطفح فتكون أشكالا غير منتظمة يتأكد ولا بد معرفة انها مكونة من دوائر وعندما يكون تهيج الجلد شديدا يظهر بدلا عن البقع المستديرة عقد صغيرة أو حويصلات صغيرة اوكبيرة تتضح بسرعة فيخلفها قشور أو فلوس رقيقة كما فى الحالة السابقة لكنه يتكون فى الدائرة الممتدة المرتفعة قليلا لهذه البقع المستديرة حلقة جديدة من حويصلات فى اثناء شفاء

المركز وهذه الحلقة تكتسب السير السابق وفيما بعد يتكون في الدائرة
حلقة من حويصلات اخر تجف فيما بعد ويعقب ذلك حلقة اعظم منها
وهكذا (وهذا هو المعروف بالهربس الطفيلي الحويصلي) وبعض المؤلفين
يعتبر الهربس الحلقي مماثلا لشكل الهربس الطفيلي الحويصلي الذي
نحن بصدده لكن هبرا وكيوزي يعتبران الهربس الحلقي شكلا مخصوصا من
الهربس القزحي والاريثما القزحية اللذين ليسا من طبيعة طفيلية وفي
احوال الهربس الطفيلي لفروة الراس توجد هذه الحلقات المحمرة المغطاة
بقشور او فلوس رقيقة مبيضة ومع ذلك يتغير نمو الشعر في المحل المصاب فيصير
رقيقا و يسقط او يتقصف ويفقد لمعانه بحيث ان المحل المصاب يشابه الصلع
لكن ينبغي التحذر من الوقوع في الخطاء ويشتبه الهربس الطفيلي الراسي
بمرض الشعر المعروف بداء الثعلب الحلقي الذي يصيب الاطفال والبالغين
حيث فيه يسقط الشعر ايضا ويبتدي بنقطة محدودة فيها يكون نمو الشعر غزيرا
جدا ثم يمتد كذلك نحو الدائرة بحيث تتكون حلقات عارية عن الشعر تختلط
فيما بعد بحلقات اخر الا ان داء الثعلب الحلقي ليس ناشئا عن فطر طفيلي
بل عن اضطراب عصبي والمحل المصاب لا يظهر فيه احمرار ولا تكون قشر بل
يكون املس غير متغير وبعد استمرار فقد الشعر جملة من الشهور ينبت
ثانيا بدون ادنى مدخل للصناعة الطبية وفيه يكون ابتداء على
هيئة قرص صغير فاقد المادة الملونة ثم يكتسب لونه وقوته الطبيعيتين وقد يكون
مجلس الهربس الطفيلي في الجزء الكثير الشعر من الوجه او الاعضاء
التناسلية او حفرة الابط لكن في الغالب تظهر الحلقات المحمرة لهذا
الطفح في اجزاء الجلد الخالية عن الشعر فان ظهر الهربس الطفيلي في الاجزاء
الكثيرة الشعر من الجسم وامتد الفطر في الاجربة الشعرية احدث بنموه
فيها التهابا ونشأ عن ذلك شكل مخصوص من السيكوزس (المعروف
بالسيكوزس الطفيلي) واما تشخيص هذا المرض فمن الجائز اختلاطه
بالوردية الزهرية وبالبسوريازس لكن في هذا الطفح الزهري يفقد
التقشر او التفلس وكذا توجد علامات اخر من الداء الزهري البني واما في
احوال البسوريازس فان الدوائر الحلقية المحمرة تكون مغطاة بقشور

سميكة مستوية ومن النادر الالتجاء للبحث المكرسكوبي لاجل معرفة
وجود الفطر من عدمه حتى يتحقق التشخيص والمواد الفطرية التي تشابه
الفطر السعفي تتكون من أخيطة عديدة فطرية كثيرة التفرع بين طبقات
البشرة المنفصلة من الحلقات الهربسية وفي بصيلات الشعر

وسير الهربس الطفيلي يختلف اختلافا عظيما فقد يكون ذا سير حاد في
الاسابيع الاول سيما ان كان ممتدا على سطح متسع من الجلد فالبقع المحدودة
تتكون بسرعة حلقات ممتدة ويتكرر الطفح بل وقد تظهر حركة
حية خفيفة وفيما بعد يكون سيره بطيأ بحيث ان كل حلقة تحتاج لجملة
أسابيع بل أشهر حتى تشفى من مركزها وتمتد من دائرتها كما تقدم ذكره
وبامتداد عدوى الفطر قد يستمر هذا المرض جملة أشهر بل سنين وبعض
الحويصلات الهربسية باستمرار تهيجها وتركها كما هي قد تتضاعف بالاجزيما
والهربس الفطري كغيره من الطفحات الجلدية يستعصى عن الشفا ان كان
مصيبا الاجزاء كثيرة الشعر من الجسم ومع ذلك فالشعر الساقط يكاد يتجدد بعد
الشفا دائما فمن النادر ان يخلف هذا الطفح صلع مستمر

(المعالجة)

حيث ان هذا المرض من طبيعة فطرية فالمهم في معالجته طرد الفطر وقتله
فعند وجود تهيج التهابي شديد يضارب ابتداء بواسطة المراهم الملطفة
والمكمدات الرصاصية وبعد زواله يبتدئ بدلك الاجزاء المريضة دلكا قويا
بواسطة قطعة من الصوف بعد غمسها في روح الصابون البوتاسي أو الصابون
المعتاد أربعة أيام الى ستة مرة أو اثنتين في النهار وبذلك تنفسد البشرة
وتسقط هي والفطر المحتوية عليه في اليوم التالي ومع كونه من الضروري
احداث تأثير موضعي قوي لانالة هذه الغاية ينبغي ولا بد الاحتراس من شدة
التهيج الموضعي اذ بذلك تحصل أجزيما صناعية وان كان الطفح ممتدا على
أجزاء متعددة ينبغي دلك المحال المصابة بالصابون صباحا ومساء وتركها بدون
غسل مع صون المحال المتسلخة ثم ينتظر انتهاء التقشر الذي يستمر جملة أيام
وبعد ذلك ينظف الجلد بالغسل فان لم تحصل نتيجة تامة وجب تكرار ذلك
وفي أحوال الهربس الفطري لفروة الرأس وغيرها من أجزاء الجسم الكثيرة

الشعر يجب ولابد تتف الشعر بملقاط فان ذلك أمر ضروري في حصول الشفا وفي أحوال الطفح الغير الممتد المستعصي ينبغي استعمال وسائط موضعية قوية كالمس بالقطران أو صبغة اليود أو الجليسرين اليودي في فترات متعددة أو تستعمل الوسائط القتالة للفطر السابق ذكرها في السعفة

﴿المبحث الحادي والعشرون﴾

﴿في البتريازس الطفيلي﴾

الطبيعة الطفيلية لهذا الطفح الغير المهم قد استكشفها في سنة ١٨٤٦ المعلم ايكستيت والفطر المعروف (بالمكرسبورون فرفور) يكون مجلسه الطبقة السطحية من البشرة وتسهل معرفته بالمكروسكوب في الاجزاء الساقطة منها ويتميز عن فطر السعفة والحرص بكون الازرار الكائنة بين الخيوط الفطرية العديدة وغير الكثيرة التفرع لاتكون مصطفة بجوار بعضها اصطفافا متسلسلا او متفرقا بل تكون مجتمعة مع بعضها على هيئة حزم مستديرة كهيئة قطف العنب وتلقيح البتريازس الفطري وان ثبت بالتجارب الا انه يندر حصوله بالعدوى بل الغالب حصوله ذاتيا فيشاهد بكثرة عند الاشخاص القذرين الذين لاينظفون اجسامهم ولا يغيرون ملابسهم ويكاد يوجد على الدوام في اجزاء الجسم المغطاة بتلك الملابس كالصدر والبطن والعنق والعضدين والفخذين ويندر وجوده في الساقين ويكاد لايشاهد في الوجه والايدي والاقدام فان هذه الاجزا تكثر نظافتها وعند الاطفال والشيوخ لايوجد هذا الفطر الطفيلي

ثم انه يشاهد في الاحوال الحديثة على الاجزاء المصابة من الجلد بقع صغيرة مستديرة صفر سمرة تتسع شيأ فشيأ عند مكثها زمنا طويلا ثم تختلط مع بعضها فتغطي سطحا متسعا من الجلد وكثيرا مايشاهد تفلس رفيع نخالي في البشرة ويمكن نزعها دائما بسهولة بالاظافر وبالضغط بالاصبع على الجلد يتضح انه يوجد زيادة عن تغير لون البشرة نوع احتقان في الجسم الحلمي ثم ان هذا المرض الفطري يكون ذا سير بطيء بحيث ان الاشخاص القذرين يستمر الداء عندهم جملة سنين بدون اعتناء في شفائه

وقد تختلط البقع البتريازية الفطرية بسبب لونها الاصفر المسمر بالبقع

البهقية الحقيقية ويندر اختلاطها بالوحمات (سواء المفرطحة والمرتفعة)
مانع. وجود هذه الاخيرة من سن الطفولية يكفى فى تمييزها وكذا بالنسبة
اختلاطها بالبقع الشمسية التى تظهر فى الوجه والايدى اذ من المعلوم ان هذه
الاجزاء لا يتشبث بها الفطر البتريازى وكذا يسهل تمييزها عن البقع
البهقية للجذام المحدودة او المنتشرة المعروفة بالبقع السكبدية

(المعالجة)

البتريازس الفطارى يمكن معالجته بسهولة بالغسل المتكرر للجلد بالصابون
وتكرار تغيير الملابس واذا اريد زواله بسرعة وجب الدلك بالصابون
الطبى جملة ايام مع تركه على الجلد بدون غسل ثم الاستحمام

(المبحث الثانى والعشرون فى الجرب)

(كيفية الظهور والاسباب)

الجرب عبارة عن التهاب جلدى مختلف الاشكال يتكون فى اثناء سيره اما
من عقدات او حويصلات او بثور وهذا الالتهاب ينتج من طفيل حيوانى وهو
المعروف بالاكروس الجربى اى قملة الجرب والانثى من هذا الحيوان الطفيلى
التى هى اعظم حجما من الذكر يكون طولها نحو نصف مليمتر وبالنظر لها
بالعين العارية توجد على هيئة جسيمات مبيضة مستديرة وعند النظر لها
بالمكروسكوب وتعظيمها بقدر خمسين مرة تظهر على شكل الزحافة فظهرها
المحدب يكون موشى بخطوط مستعرضة قوسية ومتوجا بزوائد ابرية كثيرة
الطول او قليلته والفقس الجديد من هذا الحيوان يكون ذا ارجل هرمية
الشكل لها ستة مفاصل والقديم منه له ثمانية والزوج المقدم من هذه
الارجل يكون موشحا بحلقات او اقراص مستديرة يتشبث بها والزوجان
الخلفيان فى الاناث تنتهيان بزوائد مستطيلة واما عند الذكور فلا يكون
كذلك الا اول من الخلفيين واما الزوج الاخير منهما فانه يكون موشحا كذلك
بحلقات او اقراص يتشبث بها ويخرج رأسه من بين ارجله المقدمة موشحا من
سطحه السفلى بفكين قريبين منفصلين عن بعضهما بميزاب ويرى من خلال
جسمه الشفاف كل من المعدة والمعاء ممتلئا بمواد ثفلية بل البيض المحتوى
عليه المبيض فى الاناث الملقحة وهذه التى تشاهد بكثرة عن الذكر تثقب

الطبقة القرنية من البشرة الى الشبكة المبجيية فتكون ميازيب قنوية طولها بعض خطوط بل احيانا تزيد عن قيراط وفى هذه الميازيب يوجد البيض فى ادوار مختلفة من النمو ومحافظ فارغة ومواد ثفلية مسمرة والذكور من هذا النوع تحفر مسالك قصيرة ولذا يعسر وجودها والبيض يظهر انه يتم نضجه فى ثمانية ايام الى عشرة والقمس الجديد الخارج من غلاف البيض المنشق يترك الحفر القنوية للامهات ويحفر له بقربها مسالك جديدة وبعد تغيير غلافه مرارا (اقله مرتان) وتمام عدد ارجله ثمانية بعد تجديد الغلاف الاول يظهر انه يسبح على سطح الجلد فى اثناء الليل عندما يكون الجلد حارا بغطا الفراش ثم يتسافد ومن الجائز انه بدلا عن ذلك تبحث الاناث عن الذكور فى حفراتها ومتى وصلت انثى ملقحة من هذا الحيوان الطفيلى من جلد شخص الى اخر صار عدوى هذا الاخير بالجرب فالنوم مع شخص مصاب به اشد خطرا ومع ذلك فمن الجائز انتقال الجرب بدون ملامسة لاواسطية مع شخص مصاب به وذلك ان الملابس او ادوات الفراش المحتوية على قمس هذا الحيوان يستعملها شخص اخر والقول بان بعض المرضى الجربانين اصيبوا بمجرد ملامسة سطحية او مصافحة باليد بالجرب لا حقيقة له وليس من المعلوم مقدار الزمن الذى يعيشه حيوان الجرب بعد عن المحال التى يجد غذاءه فيها لكن يظهر انه يهلك بسرعة متى وصل وتشبث بادوات الفراش او الملابس والذى يؤيد حقيقة هذا الراى اكثر من مشاهدة بعض القمس ماذكره هبرا من انه يعالج فى مارستان وينافحو الالف وخمسمائة مريض بالجرب فى كل سنة وانه مع عدم تعرض الملابس وادوات الفراش لطرق مخصوصة لاجل قتل قمس هذا الحيوان ولا وضعها فى قزانات الغلى او الغسل لا تزيد النكسات فى العدد عن واحد فى المائة

(الاعراض والسير)

العرض الذى يدل على وجود الجرب ابتداء هو الاكلان الشديد الذى يزداد جدا فى المساء ومن حرارة الفراش بسبب شدة تحرك حيوان الجرب وهذا الاحساس بالاكلان لا يشتد فقط فى المحال التى تكون غالبا مجلسا للحيوان

الجرب كاصابع اليدين وثنيات المعاصم والمفاصل والثديين والعجز والصفن والقضيب والاقدام بل كذلك جلد البطن والفخذين والصفر الذى يظهر بالتدريج يعتبره هيرا نوع اجزاء صناعية وينسبه من جهة التهييج للاوساطى الناتج عن حيوان الجرب ومن جهة اخرى لتأثير الهرش بالاظافر فيظهر فى الاصابع والمعاصم وثنية المرفقين وفى جميع المحال السابق ذكرها المعرضة للهرش الشديد كالصدر والبطن والفخذين تعقدات او حلمات او حويصلات او بثور بعدد متفاوت على حسب استعداد الشخص فعند الاطفال والاشخاص ذوات الجلد الكثير التأثر يرتقى الالتهاب الجلدى بسهولة فيحصل تقيح وتتكون بثور (وهذا هو المعروف بالجرب البثرى) واكثر من ذلك دليلا على الجرب وجود الميازيب القنوية لنفس حيوانات الجرب التى تشاهد بسهولة لمتمرن فان كلا من التعقدات والحويصلات والبثور يتمزق بسهولة من الهرش ويستحيل الى خشكريشات دموية وهذه الميازيب القنوية تظهر على هيئة خطوط قنوية تشابه اثر التسلخات الخطية الناتجة عن الوخز الخطى للابرة فى ابتدائها اى فى المحال التى نفذ منها نفس حيوان الجرب تشاهد غالبا حويصلات ويندر مشاهدة حلمات او بثور وفى انتهائها تشاهد نقطة رفيعة داكنة او مبيضة تكون موازية للصفر الذى وصل اليه القمس الاكروسى واكثر وجود تلك الميازيب القنوية فى الايدى لاسيما فى الجهة الانسية من المعاصم والساعدين وبين الاصابع والقضيب ومن الجائز وجودها فى جميع اجزاء الجسم ماعدا الراس وينبغى لاجل الحصول على القمس الاكروسى وضبطه ادخال ابرة فى ابتداء الميزاب القنوى بلطف الى انتهائه مع تمزيق البشرة المغطية لتلك القناة فالنقطة البيضاء الصغيرة التى توجد عادة فى طرف الابرة بعد هذه العملية هو القمس الاكروسى وبوضعه تحت المكرسكوب لا يندر أن يشاهد فيه بيضة تخرج بسهولة عند الضغط عليها بقطعة من الزجاج من جسم الحيوان والمسالك الاكروسية التى يوجد فيها البيض تصطحب بارتشاح وحرارة فى اجزاء الجلد الكائنة أسفلها وبعد استمرار الجرب مدة من الزمن يكتسب الطفح الذى كان ابتداء خفيفا اشدة وامتدادا بحيث ان الطفحات التى كانت بعيدة عن

بعضها فى الاجزاء المصابة تختلط ويكتسب الطفح شكل الاجزيما الحمرا النشاعة البسيطة او القشرية وهذا يشاهد خصوصا عند الاطفال الذين لا يندر ان يصير التشخيص عندهم عسرا بسبب امتداد هذا الطفح الى الوجه وفروة الراس اذ قد يصل اليها القمل الاكروى

ولاجل تشخيص الجرب مع الدقة لا يستدعى الحال على الدوام ثبوت وجود المسالك الاكروسية فى أغلب الاحوال فان الاكلان الشديد الذى يتردد كل مساء ويرتقى يكفى غالبا فى معرفة هذا الداء ولو قبل اتضاح ادنى تغيير الجلد وذلك ان ثبت ان المريض كان ملامسا قبله فى بعض أسابيع لشخص مصاب بطفح جلدى أكال ويسهل تمييزا لاجزيما الحقيقية من الجرب الذى هو أيضا نوع أجزيما قائم بنفسه فان كلا من انفصال الطفحات الجلدية عن بعضها وتمزق اغلبها بالحرش وامتداد الطفح على سطح الجسم لاسيما الاجزاء التى سبق ذكرها وسلامة كل من الرأس والوجه والظهر وثوران الآلام فى كل مساء دليل كاف فى معرفة هذا المرض ومهما كان شفاء الجرب خاليا عن الخطر وسهلا للغاية فانه مع ذلك يحدث لطبقات العالية من النوع الانسانى لانه يعتبر مرضا خاصا بالفقراء وهذا الاعتقاد الفاسد متسلطن جدا حتى ان قول الطبيب ان الطفح الجلدى الموجود سهل الشفاء جدا وغير خطر لا يمنع من الرعب الشديد عند القول انه جرب

﴿المعالجـــة﴾

الغاية الوحيدة المهمة فى معالجة الجرب هى قتل القمل الاكروى وبيضه المحتوية عليه المسالك القنوية بواسطة معالجة موضعية ومتى تمت هذه الغاية شفيت أيضا الطفحات الجلدية الناتجة عن هذا الحيوان الطفيلى والحرش المتسبب عنه وعلى اختلاف الوسائط العديدة المستعملة والموصى بها فى الجرب نقتصر على ذكر الموافق منها بحسب الاحوال فان معالجة الجرب تختلف فى الحقيقة باختلاف الاحوال فعند الاطفال والنساء ذوات الجلد الكثير الحساسية مثلا لا يمكن اتباع المعالجة التى يجوز فعلها فى الرجال ذوى الجلد السميك القوى كما ان المعالجة تتنوع ايضا

بحسب اختلاف درجة المرض وكذا بحسب رغبة الاشخاص بالنسبة لسرعة المعالجة او اجرائها مع التأنى والتأكيد وبالجملة فقد يستدعى الحال أيضا لاجراء المعالجة ليلا لعدم انقطاع المريض عن اشغاله اليومية او التستر عن الاقارب مثلا فان ذلك يتنوع المعالجة الاعتيادية ايضا وكذا من الادوية المستعملة فى الجرب من الامور التى ينبغى ملاحظتها فان المصابين بهذا المرض يكونون فى الغالب من الفقرا واكثر الجواهر الدوائية استعمالا فى هذا الداء سواء كان على حالة بسيطة او مركبة هو الصابون الطبى والكبريت فان اريد استعمال الصابون الطبى يدلك الجلد دلكا قويا اقله مرتان كل يوم ماعدا الرأس لاسيما المحال التى تكون محلسا للفقس الاكروسى والحرش وانما ينبغى صيانة المحال الرقيقة الجلد سيما الاعضا التناسلية عن الدلك الشديد خوفا من حصول الانتفاخ والالتهاب فلا يدلك منها الا محال الطفح فقط ولا ينبغى غسل الصابون فى أثناء المعالجة ولا تغيير الملابس وينبغى بقاء الجرمان فى أثناء المعالجة بين أغطية من الصوف عاريا حيث انها لا تمتص الصابون ومدة هذه المعالجة تختلف بحسب درجة تغير الجلد والقوة التى فعل الدلك بها فتكون من يومين الى خمسة وتنتهى متى زال الاكلان الناتج عن الجرب بالكلية وحل محله الاحساس بالتوتر والحرقان الذى تميزه المرضى عن غيره وصارت البشرة قشرية ولم يسترد الطفح وانما من هذه الحيثية الاخيرة نقبه على انه يحصل عند بعض الاشخاص ذوات الجلد الكثير التأثير من الدلك بالصابون اجزيماصناعية فظهور الحويصلات ثانيا يوقظ الزعم خطأ عند المصابين بالجرب بان الشفا لم يتم وانه يلزم تقوية الدلك بالصابون وبعد اتمام المعالجة بهذه الكيفية ينبغى غسل الجلد او استعمال حمام ويمكن الحصول على الشفا بسرعة متى صار مزج الصابون الطبى بزهر الكبريت او متى استعمل مرهم مركب اخر ولو كان ثمنه غاليا نوعا كمرهم ولكنسون الذى نوعه هبرا (وهو مركب من زهر الكبريت ومن زيت الزيتون من كل ٣٠ جراما ومن الصابون الطبى والشحم من كل ١٥٠ جراما ومن الطباشير ١٠٠ جرام) واما طريقة المعالجة السريعة للعلم هردى التى بها يمكن قتل الفقس الاكروسى فانها توافق

الاشخاص ذوات الجلد القابل التأثر من الذكور ولاسيما في الجامع العظيمة للعساكر والفلاقات اذ بهذه الطريقة يستغنى الحال عن تعيين محال مخصوصة للجربانين وهي عبارة عن الدلك بالصابون الاسود نصف ساعة ثم استعمال حمام فاتر مدة ساعة مع استمرار الدلك ثم اخيرا يدلك جميع الجسم مدة نصف ساعة بمرهم هلمريك المركب من (زهر الكبريت ١٥ جرام كربونات البوتاسا ٨ جرام شحم نقي ٦٠ جرام) واكثر من هذه الطريقة في الشهرة والاستعمال طريقة المعلم فلمنكس كما تقرر استعمالها في المستشفى البلجيكي وهو ان المصاب بالجرب يستعمل الدلك في حمام فاتر بواسطة قطعة من الصوف لاجل الازالة البشرة وفتح الممالك الاكروسية ثم يدلك دلكا قويا بالصابون الطبي اوبالصابون الاعتيادي ثم يمكث في الحمام قدر نصف ساعة ثم يستعمل المحلول الكلسي الكبريتي للمعلم فلمنكس الذي نوعه المعلم الكيماوي اشفيدر المركب من (كلس حي رطل وماء عدة مقدار كاف لتمام انطفاء الجير) ثم يصفى ويضاف له من كبريت العامود رطلان ويطبخ في عشرين رطلا من الماء حتى يصير مقدار السائل اثني عشر رطلا ثم يرشح وهذا المحلول يدلك به كالصابون لكن مع غاية الاحتراس وقلة الزمن في جميع اجزاء الجسم المصابة ثم يستعمل حمام فاتر الى تمام الساعتين ثم ينظف الجسم من جزيئات الكبريت المتعلقة به بواسطة الغسلات البارده وجميع هذه الطرق العلاجية السريعة لا يجوز استعمالها عند الاشخاص ذوات الجلد الرقيق والاطفال وبدلا عن هذه الطرق العلاجية المذكورة يستعمل الآن في معالجة الجرب طرق علاجية اخر غير كريهة لان هذه الطريقة العلاجية بمرهم البلسم البروفياني والاستيركس السائل اي الميعة السائلة فاما البلسم البروفياني الذي اوصى به في العصر الجديد المعلم جيفرت في معالجة الجرب فيظهر انه سم قوي قتال للقمل الاكروسي فيقتله تبعا لبركرد هو وبيضه في ظرف عشرين الى اربعين دقيقة متى لامسه هذا الجوهر بدون واسطة وهذه المعالجة تبتدأ باستعمال حمام فاتر لاجل الازالة البشرة ثم يدلك جميع الجسم بعد ذلك ما عدا الراس بهذا البلسم مع غاية الاحتراس ويعتنى خصوصا بدلك الاجزاء التي تكون المجالس

الاعتيادى للفقس الاكروى كالايدى والاقدام والمفاصل المصحوبة والقطن والصفن والثديين والاليتين والمقدار الذى يستعمل فى هذه المعالجة يكون من عشرين الى ثلاثين جراما ويدلك بهذا المقدار فى ظرف يومين على اربع مرات اوست بدون تغيير الملابس ثم يستعمل حمام عمومى فاتر لاجل التنظيف وان هذا الجوهر يستعمل على طريقة المعالجة السريعة بمعنى انه يدلك به بالطريقة السابق ذكرها بقدر ١٠ جرامات الى ١٥ ثم يستعمل حمام صابونى ولاجل زيادة التأكيد ينبغى تكرار هذه الطريقة بعد يوم او اثنين وفائدة المعالجة بالبلسم البروفيانى العظمى هى كونه لايهيج الجلد ولا يلهبه ولاينشأ عنه احساس بحرقان وكونه غير كريه الرائحة كغيره من الوسائط العلاجية المستعملة فى الجرب بل انه جيد الرائحة واما الاستيراكس اى الميعة السائلة فقد اوصى بها بسطو وذكر انها واسطة جيدة فى معالجة الجرب وينبغى مزجها بزيت الزيتون (بقدر ٣٠ جرام من الميعة السائلة على ٨ جرام من زيت الزيتون) ويدلك بهذا المقدار على مرتين كما يدلك بالبلسم البروفيانى وذلك بعد استعمال حمام فاتر والميعة السائلة بالنسبة لتأثيرها ليس لها وجه تفضيل عن البلسم البروفيانى وانما الجنس ثمنها وكونها لاتلوث الملابس تفضل ولابد عنها فى معالجة الفقراء والمارستانات واما تنظيف الملابس بالتبخير فى درجة حرارة من ٧٠ الى ٨٠ فلا يعتبرها اغلب المؤلفين ضرورية كقول هبرا وكون الفقس الاكروى قليل الوجود فى الملابس دون ادوات الفراش انما ينتج عن كون حرارة الفراش تجذب الفقس الاكروى الى السطح الظاهر من الجسم

﴿فى تغيرات الافرازات الجلدية﴾

يحصل على سطح الجلد زيادة عن التبخير الجلدى الغير المحسوس من خلال البشرة افراز سائل وقتى من الغدد العرقية وهو المعروف بالافراز العرقى وينضم لذلك المادة الدهنية الجلدية المفرزة من الاجربة الدهنية وجميع هذه الافرازات قد يعتريها تغيرات كما وكيفا ومع ذلك فهذه التغيرات ولاسيما الشروط التى تتم بها ليست معروفة كل المعرفة وقد ذكرنا فى عدة محال من هذا الكتاب جملة تغيرات مهمة فى افراز العرق مرتبطة ببعض امراض

مخصوصة فلا حاجة لان نذكر ان ظهور العرق فى الامراض الحمية وان دل على
اتجاه نحو الجودة والتحسين فى حالة المرض احيانا لكنه فى احوال اخرى قد
لايكون له ادنى اهمية بل مضر عند ازدياده ازديادا عظيما كما اننا ننبه على ان
كلا من الصفة الجافة للجلد او الرطبة لايدل دلالة اكيدة على كمية الماء التى
تنفرز بواسطة الجلد فى زمن معين بل انه عند المرضى المصابين بأمراض حمية
ذوات الجلد الحار جدا يكون جلدهم جافا ولو مع ازدياد الافراز المائى
متى كانت شروط التبخير الجلدى السريع قوية ثم ان ازدياد عن الشروط
المعلومة المحدثة لازدياد فى افراز العرق وهى احتواء الدم على كمية عظيمة
من الماء بالشرب الغزير وازدياد الضغط الدموى الباطنى فى المجموع
الشريانى وفى الاوعية الشعرية للغدد العرقية تبعا لذلك توجد اسباب اخر
قليلة الوضوح لها بعض تأثير من هذه الحيثية اذ من المعلوم ان للاعصاب
الحسية من الدماغ نوع تأثير منعكس على الافراز العرقى والذى يؤيد ذلك
العرق الذى يحصل بواسطة الانفعالات النفسية كانتفاخ الجلد واحمراره
وكذا الذى يحصل من مس اللسان بفرشه بواسطة جواهر مهيجة كما ثبت
ذلك بالتجارب وبالجملة توجد مشاهدات من العرق الجانبى لاحدى جهتى
الوجه او الجسم تعتبر ناتجة عن تغيرات مرضية فى العقد العصبية السمباتوى العنقى
للجهة المصابة بالعرق

ثم ان العرق فى بعض اجزاء الجسم تنتشر منه رائحة غير جيدة كثيرا وقليلا
فى الحالة الطبيعية لكنها قليلة الوضوح بحيث لاتدرك الا عند تعرية تلك
الاجزاء وذلك كالابطين والاعضاء التناسلية الظاهرة والعجان والاسطحة
المتلامسة من القدمين وهذه الرائحة هى والصفة الحمضية للعرق تنتج عن
حمض شحمى سائب ينسب لتحلل شحمى فى الاخلية الغددية العرقية التى
تختلط بالسائل العرقى المنفرز من الدم ثم يوجد عند بعض الاشخاص فى احد
اجزاء الجسم لاسيما القدمين زيادة عن كثرة افراز العرق حالة تحلل سريع
ويشترك فى هذا التحلل ايضا الافراز الجرابى الدهنى وبذلك تنتشر رائحة
كريهة للغاية تشابه الحوامض الشحمية فيشاهد ان الافراز الجلدى
الغزير المتعفن لايتخذ من جراب الاقدام فقط بل ومن نعالها ايضا فيتصعد

منه رائحة كريهة للغاية عند مثل هؤلاء الاشخاص سيما القليلى النظافة
منهم مع ان العرق المنفرز من جديد من ارجلهم المغسولة غسلا جيدا لا يكون
ذا رائحة كريهة وينضم لهذه الرائحة عند مثل هؤلاء الاشخاص التى تمنعهم
من كثرة الاختلاط مع غيرهم ان العرق الغزير يحدث تعطنا ولينا
فى الطبقة البشرية لا خمص القدمين وجانبيهما بحيث ان هذه الطبقة تنفصل
على هيئة مادة دهنية وتصير الادمة ذات لون احمر كثيرة الحساسية
بحيث يتعذر لبس النعال والمشى بها والرأى القديم المنتشر من ان الشفاء
الذاتى أو بالصناعة لعرق الاقدام المنتن خطر جدا لكونه يعقب بأمراض
باطنية مهمة لم يزل معتقدا عند كثير من المؤلفين لكن المعلم هبرا لم يزل
مصمما على الرأى القائل به من منذ زمن طويل من ان شفاء بعض الامراض
عقب ظهور العرق القدمى وبالعكس اى ظهور امراض اخر عقب
انقطاعه يعتبر من الامور التى ان شوهدت حقيقة تكون من المصادفات
او هو الغالب يعتبر خطأ ناشيا عن عدم مشاهدة سير الامراض بالدقة
والذى ثبت لنا من هذه الحيثية ان المرضى الذين ينسبون بعض الامراض
المزمنة عندهم لانقطاع العرق القدمى يدل البحث الجيد عنهم عادة على
ان زوال العرق القدمى ليس سببا فى هذا المرض بل نتيجة له بمعنى ان
ذلك الانقطاع يكون قد نتج عن الانيميا الناشئة عن هذا المرض وبالنسبة
لمعالجة العرق القدمى المنتن يمكن ولابد فى الاحوال التى فيها لا يسمح بزوال
هذا العارض خيفة من حصول عواقب مغمة او التى توجد فيها امراض
مزمنة تظن المرضى بتثاقلها ان شفيت من العرق القدمى المنتن تحسين
حالتهم بدون شفائهم وذلك باستعمال النظافة التامة بغسل الاقدام صباحا
ومساء بالماء البارد القراح او الممزوج بالخل او بمحلول التنين ونحو ذلك مع
تغير الجرابات كل يوم على التعاقب ولبس النعال التى لا تمنع التصاعدات
الجلدية القدمية وفى آن واحد يمكن ذر مسحوق الكبريت النباتى او النشاء فى
الجرابات قبل لبسها او وضع فتائل من النسالة بين اصابع القدمين مبتلة
بهذه المساحق ومن جملة الوسائط المستعملة ايضا بكثرة مسحوق ملح الطرطير
فان لم يكتف المريض باستعمال تلك الوسائط وجب استعمال طريقة هبرا

وهى ان يدهن بالمرهم المشمعى (المأخوذ من اصبعة الشمع البسيطة ومن زيت بزر الكتان اجزاء متساوية وتعمل مرهما) قطعة من البفت عريضة وتوضع على اخمص القدمين بعد نظافتهما جدا ثم توضع اشرطة من البفت ايضا مدهونة بهذا المرهم بين الاصابع ثم تغلف القدمان كلية بطرفى الرفادة والقدم المغلف بهذه الكيفية يلبس بالجراب كالعادة وتبعا لهبرا يجدد الغيار فى كل ١٢ ساعة ويجفف القدم بخرق جافة بدون غسل ولا استحمام ثم يغير على المريض كاول مرة وعلى حسب اختلاف شدة هذا المرض تكرر هذه الطريقة ثمانى مرات او ١٢ وفى اثناء هذا الزمن يكون المريض جالسا خوفا من زوال المرهم من على اخمص القدم عند الوقوف او المشى ولا يغسل القدم الا بعد زوال الطبقة البشرية القديمة على هيئة قشرة سمرة صفراو تكون طبقة بشرية جديدة مبيضة وهذه المعالجة تكفى فى معظم الاحوال لحصول شفاء مستمر تام اواقله يستمر سنة اوجملة سنين وحينئذ يمكن تكرار هذه الطريقة وقد اكد لنا المعلم هبرا انه استعمل هذه الطريقة مدة عشرين سنة فى مائة من الاشخاص بدون مشاهدة ادنى ضرر بعد الاستعمال حالا ولا بجملة سنين وفى الامراض الحمية الشديدة التى ابتدأ الافراز العرقى بعد جفاف الجلد المستطيل يجد ولابد العرق النابع بعض المسام متسندا بسبب تراكم اخلية بشرية فيها وحينئذ تجمع اسفل الطبقة السطحية البشرية مكونا لحويصلات مائية شفافة فى حجم حب ابى النوم الى حجم حب الشهدانج ويوجد فى قمة تلك الحويصلات الصغيرة الفوهات المنسدة تبعا لبرنسبرنج وهذه الحويصلات العرقية المعبر عنها بالدخن الشفاف يسهل ولابد تميزه بتحصله الشفاف ذى الخواص الجضية وبعدم وجود الاحتقان الجلدى حوله عن اشكال الدخنية الالتهابية المسماة بالدخنية الحمراء وهذه الحويصلات الشفافة تشاهد فى الجهة المقدمة من الصدر والبطن والعنق اعنى فى الاجزاء الغير المعرضة للاحتكاك عند الاستلقاء على الظهر كما هو الواقع فى الامراض الحمية الثقيلة ولهذه الحويصلات الشفافة أهمية فقط من حيثية وجودها فى الامراض الحمية الثقيلة الشدة الطويلة المدة التى تحدث جفافا مستطيلا فى

الجلد يؤدى لانسداد مسام العرق واما تغيرات افراز المادة الدهنية فنذكر منها ابتداء ازدياد الافراز الدهنى الجلدى المعروف بالسيلان الدهنى وهذا الافراز يحصل فى جميع اجزاء الجلد ماعدا راحة اليدين واخمص القدمين التى تفقد منها الاجربة الشعرية والغدد الدهنية ويكثر وجوده فى اجزاء مخصوصة كفروة الرأس والوجه والحشفة والبظر ومع ازدياد هذا الافراز يحصل غالبا تغير فى صفاته الطبيعية فان المادة الدهنية الجلدية تبقى سائلة فى الحالة الاعتيادية عندما تكون حرارة الجسم طبيعية واما فى احوال السيلان الدهنى فانها تبقى متكاثفة وهذا يوجه بازدياد المادة الشحمية الصلبة عن المادة السائلة المعروفة بالاولايين وعند ما يبقى هذا الافراز سائلا يظهر جزء الجلد المغطى به كالانف والجبهة وجلد الرأس والشعر لامعا كانه مطلى بالزيت اوالمرهم وعند وضع قطعة من الورق غير المنشى عليه تظهر فيه بقع دهنية ومثل هؤلاء الاشخاص يصيرون كثيرى الوساخة فان الجزيئات الترابية تبقى متعلقة باجزاء الجلد الدهنية واما فى أحوال السيلان الدهنى التى يبقى فيها الافراز متجمدا فيكون جزء الجلد مغطى بطبقة رقيقة أوثخينة قشرية تظهر فى الاجزاء المغطاة كالغلفة ذات لون ابيض سنجابى واما فى الاجزاء الغير المغطاة فانها تظهر بلون مختلف فتكون سنجابية أو مسمرة أو مسودة وذلك لعلوق الاتربة بها وعند الاطفال الذين يوجد عندهم افراز دهنى غزير فى فروة الرأس قد تشاهد طبقة قشرية دهنية سنجابية أو مسودة سيما حذاء اليوافيخ خصوصا عند قليلى النظافة منهم وهذا ما يسمى بالقشرة الدهنية للرضع وعند نزع هذه القشرة باطافر قد يشاهد فى سطحها الباطن امتدادات مستطيلة حذاء الفوهات المتمددة للغدد الدهنية وهى عبارة عن السدد الدهنية الرقيقة المالئة لفوهاتها ويكون الجلد اسفل هذه التراكمات غير متغير أو قليل الاحرار وبذلك يمكن تمييز السيلان الدهنى عن الاكزيما التى فيها يشاهد الجلد عقب نزع القشرة ملتهبا أو نشاعا ومع هذا ننبه على ان الافراز الدهنى فى الجلد الرقيق يمكن ان يحدث اكزيما تابعية وفى احوال عديدة اخرمن السيلان الدهنى قد تكون المادة المنفرزة جافة بحيث تسقط على هيئة

قشور صغيرة نخالية (وهذا يعرف بالسيلان الدهنى الجاف أو النخالى)
وكثير من الطفحات الجلدية المتصفة بوجود قشور رقيقة يعد من
هذا القبيل سيما البيتريازس الراسى فهو نوع من السيلان الدهنى الجاف
تكثر مشاهدته عند النساء والشابات المصابات بالخلوروز والانيميا
والمعتريهن اضطرابات حيضية وفى مثل هذه الحالة تسقط الطبقة الدهنية
الجافة عند التمشيط أو الهرش على هيئة قشور نخالية تبقى متشبثة بالشعر
أو تسقط على الملابس وقد ينضم لتكونها سقوط الشعر وهذا الذى
يلجئ المريض لندب الطبيب ومعالجة السيلان الدهنى يبتدئ فيها
بالانة القشور الدهنية بواسطة زيت الزيتون أو غيره من المواد الشحمية ثم
تنظيف الرأس بالماء والصابون ولاجل منع تجددها ينبغى تكرار الدلك
بالزيت والغسل بالماء الصابونى أو بالالكؤل المضاف اليه قليل من ماء
الملكة أو الايتير يوما فيوما واما فى احوال السيلان الدهنى الرأسى
المستعصى فى البالغين فلا تكفى هذه المعالجة وحينئذ يضم للوسائط
السابق ذكرها الغسل بروح الصابون البوتاسى بل وعند احمرار جلد
الرأس أو ارتشاحه يستعمل مرهم الراسب الابيض أو المس بالفرشة
بروح القطران (المركب من زيت الكاد والالكؤل اجزاء متساوية)
وان كان السيلان الدهنى متعلقا باصابات مرضية اخر كامراض الاعضاء
التناسلية أو الانيميا أو الداء الزهرى ونحو ذلك يحتاج ولا بد لمعالجة عمومية
لائقة ولذا ان انذار الاحوال المتعلقة بمرض منهك ثقيل كالسل أو السرطان
غير جيد وقد ذكر هبرا انه شاهد منفعة عظمى فى استعمال الحديد مع الزرنيخ
كما اوصى به نيلاتون والشعر الساقط قد يظهر ثانيا فى الاحوال الجيدة لكن
الغالب ان يبقى خفيفا

وهناك نوع اخر من التغيرات المرضية للاجربة الدهنية فيه الافراز الدهنى
وان لم يعتره تغير كما ولا كيفا لا ينقذف الى الخارج بقدر ما ينفرز وحينئذ
تتجمع المادة الدهنية فى الجراب الدهنى اعنى فى قناته فتتكون
اورام دهنية احتباسية واشهرها ما يسمى بالكوميدو اى السدد الجرابية
الدهنية وهو عبارة عن تجمع مادة دهنية فى الاجربة الجلدية وفوهة

قنواتها وهذه السدد تعرف بتلون الاتربة المجتمعة على سطحها بلون مسود فتظهر نكت مسودة عليها والغشاة الجرابية تتمدد تمددا عظيما بالسدة الدهنية بحيث ترتفع على هيئة عقدة وعند الضغط على هذا الجراب بمفتاح ساعة فوهته مقابلة للنقطة السوداء من السدة الدهنية يخرج من فوهة هذا الجراب متحصل جبني يكتسب شكلا خيطيا وهذه المادة تحتوى على خلايا دهنية ومادة دهنية سائبة وأخلية بشرية وبلورات كواستريئية فى السدد القديمة ثم ان النسب بين السدد الدهنية والتهاب الاجربة الجلدية قد سبق شرحها عند الكلام على الاكنة الاعتيادية وقد تنتشر السدد الدهنية فى الوجه والصدر والظهر بعدد عظيم جدا بحيث تحدث تشوها عظيما وتحتاج للمعالجة ومعالجة السدد الدهنية يبتدأ فيها بالانة السدد المتيبسة المائلة لها بواسطة الدلك المتكرر بالزيت أو الضماد الفاتر ثم تعصر السدد الدهنية بواسطة مفتاح ساعة أو مكبس السدد الدهنية ثم تستعمل المهيجات الموضعية بالغسلات الباردة المتكررة مع الدلك القوى او الغسل بماء الملكة أو الطلا بروح الصابون البوتاسى كل مساء أو بماء الغسل للعالم كوميل فيلد كما ذكر فى الاكنة

﴿تذييـــــــل﴾

لما كان كتابنا على طبق الطبعة الثامنة وجارينا التاسعة فيما استدركته عليها من الفوائد وكانت الثامنة خالية عن المبحثين الآتيين احببنا ان نأتى بهما كى لا يخلو كتابنا عنهما تتميما للفائدة لتكون صلتهما على اهل هذا الفن عائدة حيث انهما يعتبران من التولدات المرضية الجلدية الجديدة

(المبحث الثالث والعشرون فى الاسكليرودرمى)

﴿اى الاورام الجلدية اليابسة او التيبسات الجلدية﴾

الضخامات الجلدية والتولدات الجديدة التى تحصل فى الجلد عديدة جدا وقد شرحنا كثيرا منها فى مبحث الضخامات الجلدية كما وأن كثيرا منها يتعلق بفن الجراحة فلا نطيل به وانما نخص بالذكر فى هذا المبحث المرض النادر جدا المعروف بالاسكلير ودرمى الذى شرحه ابتداء تريال بغاية الدقة وذكر أن اسبابه مجهولة وانه يحصل فى جميع اطوار الحياة ولا سيما فى السن المتوسط وفى النساء اكثر من الرجال وينشأ عن نوع نمو بطئ فى المنسوج الخلوى للجلد

ثم ضمور فيه فيعقب ذلك تكون التيبسات الواضحة فى المنسوج الخلوى الجلدى وتحت الجلد التى يكثر ظهورها فى الاجزاء العليا من الجسم كالوجه والايدى والذراعين والاصابع فيصير جلد هذه الاعضاء يابسا كلوح الخشب ويكون اما باهت اللون أو محمرا أو بنفسجيا وحينئذ لا يمكن رفعه على هيئة ثنية بل يكون ملتصقا بالمنسوجات التى تحته التصاقا متينا ولذا ان تقاطيع الوجه تصير شبيهة بصورة حجرية وكل من الشفتين وجناحى الانف يحصل فيه قصر وتكون الاصابع فى حالة انثناء مستمر ثم ان هذا التغير المرضى يمكن ان يمكث سنين ومتى حصل انكماش وضمور فى الجلد صار غير قابل للشفا لكن قد شوهد فى ادواره الابتدائية نوع شفاء تام أو غير تام فى ثخن الجلد وتيبسه ولكن هذه الغاية يظهر انه لم يتحصل عليها باستعمال الحمامات ولا الدلكات الملينة ولا الاستعمال الظاهرى بل ولا الباطنى بالمرهم الزيبقى ويودور البوتاسيوم بل باستعمال معالجة مقوية بالمركبات الحديدية وزيت كبد الحوت والاغذية الجيدة وطبيعة هذا الداء لم تتضح الى الآن فذهب بعضهم الى ان السبب الاصلى لهذا التغير المرضى الجلدى ناشئ عن ركود المادة الليمفاوية فى الجلد بسبب تكاثفها وذهب آخرون الى انه ناشئ عن تغير مرضى فى الاوعية الليمفاوية وحينئذ فهو يقرب من داء الفيل العربى كما أن غيرهم من المؤلفين الذين يعتبرون انه يوجد زيادة عن التغيرات المرضية فى الجلد تغيرات اخر فى المفاصل والعظام والسلاميات ونحو ذلك ذهب الى ان السبب الاصلى لهذا الداء عبارة عن تغير مرضى عصبى غذائى فى المجموع العقدى العصبى وهذا هو رأى الاطباء الفرنساويين

ثم ان هذا الداء فى البالغين يخالف بالكلية شكل التيبس الجلدى للاطفال المولودين حديثا المعروف بتيبس النسيج الخلوى للمولودين جديدا وهو يصيب الاطفال الضعاف البنية غير تامى الحياة الرحمية الرديئ التغذية او المعرضين لتأثير البرد فى الاربعة عشر يوما الاول من الحياة وهذا التغير المرضى يتصف باضطراب عظيم فى دورة الاجزاء الظاهرية من الجسم وانحطاط عظيم فى درجة الحرارة وتيبس فى الجلد والمنسوج الخلوى تحته

يبتدئ عادة فى الاطراف السفلى المعرضة لتأثير البرد ومنها يمتد بسرعة الى الجذع والاطراف العليا بل والوجه واجزاء الجلد المصابة تكون احيانا منتفخة انتفاخا اوذيما ويا ثم تصير متيبسة كالواح الخشب وباهتة اللون باردة وقد تكون سيانوزية وجميع الحركات تكون معاقة بسبب تيبس الجلد وتتعسر الرضاعة بسبب جساوة الشفتين والوجنتين ويعقب ذلك الموت يتقدم انخفاض درجة الحرارة (التى تنحط احيانا اكثر من العشر درجات مائتية عن الحالة الطبيعية) ومن النادر حصول الشفاء عقب ارتفاع الحرارة وزوال التيبسات الجلدية ويتضح من الصفات التشريحية زيادة عن وجود أوذيما خفيفة فى الجلد والطبقات الغائرة اسفل منه حالة تجمد فى الطبقة الشحمية تحت الجلد فتصير شمعية وهذا التجمد يعتبر نتيجة لانخفاض درجة الحرارة وفى الغالب توجد بقايا تغيرات مرضية اخر تحصل مع التغير المرضى الجلدى فى آن واحد أو تكون قد حصلت من قبله ونتج عنها تأثير ضعف فى الدورة الدموية وذلك كالهبوط الرئوى والالتهابات الرئوية والافات العضوية للقلب والنزلات والقروح المعوية وهذه الاسباب المرضية هى التى ينبغى اعتبارها ابتداء فى المعالجة فانه يجتهد بالخصوص فى تحسين حالة التغذية وتقوية الدورة الدموية بالتغذية الجيدة بواسطة لبن الامهات أو دقيق الاطفال اللبنى لنسلى أو لبن الابقار الذى يحقن به عند تعسر الرضاعة وكذا بواسطة التدفئة الصناعية بالتغليف بقطع من الصوف مدفاة

﴿ المبحث الرابع والعشرون ﴾

(فى الجذام المعروف بداء الفيل اليونانى)

الجذام الذى كان يخشى منه بالكلية فى الاعصر السالفة ولم يزل متسلطنا تسلطنا وطنيا فى بعض البلاد كان منتشرا فى القرون السابقة فى جميع أوروبا تقريبا ثم زال فى القرن الخامس عشر من متوسط أوروبا بصفته الوطنية ومع ذلك قد تشاهد احوال متفرقة من هذا المرض فى البلاد التى لم يكن متسلطنا فيها تسلطنا وطنيا ومعارفنا الباتلوجية بالنسبة لهذا المرض وان كانت قد ازدادت ازديادا عظيما بأبحاث كثيرة من المؤلفين ومن جملتهم هرش وهبرا وفرجهوف لم تزل مع ذلك كيفية ظهوره مجهولة علينا وانما

المحقق الان ان التوارث العائلى ثابت فى بعض احوال هذا المرض وانه غير معد بالكلية ثم ان الجزام وان ظهر باشكال مختلفة تدل ولابد اشكاله المختلطة على ان التغير المرضى واحد فى جميعها وان اختلفت اشكاله ومن اشكاله العديدة المختلفة يظهر ان المعول عليه تمييز اشكاله الى ثلاثة الاول الجزام النكتى والثانى الجزام الدرنى والثالث الجزام الخدرى وهذا المرض يندر ابتداؤه قبل السنة السابعة الى العاشرة وفى الغالب يحصل فى سن الشبوبية المتوسط ويندر ظهوره فى السن المتقدم وعادة تطرأ قبل الظواهر الموضعية ببعض اسابيع اواشهر بل وسنين اضطرابات بنيية عمومية كالهبوط والقشعريرات واضطراب الشهية وتغير الاخلاق والام مقعيرة وحركات حمية مسائية وفى الشكل النكتى يظهر فى الوجه والاطراف وغيرها من أجزاء الجسم نكت صغيرة اوعظيمة مختلفة الطبيعية فتكون اما على صفة نقط حمر بسيطة تزول بضغط الاصبع او على هيئة نقط بحمنتية مسمرة اوتكون على شكل بقع مبيضة لماعة فاقدة المادة الملونة للجلد وهذا الشكل قد يستمر على هذه الصفة او يتضاعف بظواهر الشكلين الاخرين واما الشكل الدرنى ففيه تتكون على اجزاء الجلد التى فيها بقع جزامية اوفى السليمة متها عقد من حجم حب الشهدانج الى حجم البندقة مؤلمة عند الضغط اوارتفاعات سطحية مرتشحة وهذه العقد تكون اما منعزلة عن بعضها اومتقاربة جدا فى بعض اجزاء الجسم لاسيما فى الوجه والجهة الانسية من الحاجب (وهذا ما يسمى بداء الاسد) والشفتين والاطراف العليا والجهات الباسطة من المفاصل وظهر اليدين والاصابع والقدمين بحيث إن حركة الاطراف تصير مؤلمة اوتتعذر بالكلية وفى الغالب تصاب ايضا الاغشية المخاطية للفم والحلق والحنجرة والانف وكذا الملتحمة والقرنية وقزحية العين المصابة وذلك بعد مضى عدة من السنين والعقد الجزامية يمكن ان تقطع سيرها وتتلاشى بعد استمرارها زمنا طويلا ويخلف ذلك بقع مسمرة بحمنتية أواجزاء ضامرة من الجلد ويندر حصول لين وتقيح فى تلك العقد اوتكون قروح مغطاة بقشور ان كانت تلك العقد معرضة للاحتكاك والضغط وهذه قد تشفى ايضا

ومع ذلك قد يحصل من تلاشي العقد وتكررها تهتكات غائرة فتتعرى العظام وتنفتح المفاصل لاسيما مفاصل اصابع اليدين والقدمين ومفاصل المعصمين والقدمين

ثم ان الشكل الجدري الجلدي وان انضم الى الشكل الفكتي والعقدي من الجزام الا انه يميز له شكل جدري قائم بنفسه فيه شلل الاحساس يحصل من الابتداء في اجزاء من الجلد لم تكن مصابة باحد الشكلين السابقين ويكون ظهوره فيها يسبق ثوران في حساسيتها وفقد الاحساس يمكن ان يكون شاغلا لاجزاء صغيرة او عظيمة من الجلد كما أنه قد يزول من الاجزاء المصابة في الابتداء و يغير محله وقد يكون قاصرا على احد انواع الاحساس كفقد حساسية الالم مع وجود حساسية اللمس ثم تصير الاجزاء المصابة بفقد الحساسية ذات لون باهت ومخ مصفر وتقع في الضمور وكذا عضلات الوجه واليدين تشترك في الضمور وقد يحصل في الجهة الباسطة من مفاصل السلاميات المنقبضة هي وغيرها من المفاصل رقة وتثقب في الجلد فينشأ عن ذلك مسافة من الاجزاء الرخوة ضعيفة فاقدة الحياة تتسع شيأ فشيأ ثم ينتهي الحال بحصول تعر تام بل وانفصال بعض السلاميات يؤدي ولا بد لتشوه تام في الاعضاء (وهذا ما يسمى بالجزام المشوه) وكل من فقد الاحساس الجلدي والاضطرابات الغذائية السابق ذكرها أدى لايقاظ المؤلفين الى حالة المجموع العصبي وفي الحقيقة وجدت بكثرة الجذوع العصبية الدائرية العظيمة منتفخة انتفاخا عقديا بل وجدت تغيرات في المجموع العصبي المركزي من المعلم دانلسن وغيره لاسيما تراكمات بجمنتية فيها ونحن ومن الجائز انه في المستقبل يستدل بواسطة طرق البحث الجديدة للعصر المستجد على تغيرات منها تتضح طبيعة هذا المرض فقد شاهد بعضهم في حالة من الجزام الذاتي في جيسن لينا نخاعيا عظيما في الجوهر السنجابي لاعمدة كالارك والقرون الخلفية من النخاع بحيث انه في مثل هذه الحالة يعتبر ولا بد مرض النخاع الشوكي سببا للجزام ومما يؤيد التشابه بين الجزام وبعض الامراض الجلدية المعتبرة امراضا عصبية كثرة وجود الفقاعات البمفيجوسية (المعروفة بالبمفيجوس الجزامي) كما وان الذي

يؤيدان ينبوع هذا المرض النخاع الشوكى هو الميل العظيم للظواهر الجزامية فى ظهورها ظهورا متساميا متماثلا متساويا

وانذار الجزام غير جيد فان هذا الداء يؤدى للموت غالبا ولو بعد سنين بارتقاء النهوكة وفقد وظائف بعض الاعضاء وفقد الابصار ونحو ذلك او بواسطة طرؤ مرض اخر واحيانا يكون سيره ضعيفا للغاية فيستمر عدة سنين بل وفى بعض احوال استثنائية قد يحصل تقهقر فى هذا الداء وشفاء بوجود وسائط ظاهرية صحية جيدة

(المعالجة)

معالجة هذا الداء قليلة الجدوى جدا تبعا لمشاهدات اغلب المؤلفين المستجدين فانه لا توجد واسطة علاجية من التى كانت تعتبر على مر الازمان نوعية فى هذا الداء تايد نجاحها بالتجارب وانما الذى يفضل اجراؤه على حسب التجارب تبعيد المرضى من الاماكن المتسلطن فيها الجزام وتعريضها لشروط صحية جيدة مهما امكن مع استعمال النظافة والاغذية الجيدة والهواء الجيد وتستعمل المركبات الحديدية وزيت كبد الحوت والمركبات الزرنيخية وعلى حسب التغيرات الموضعية تتخذ الوسائط العلاجية العرضية

(فى أمراض أعضا الحركة)

(المبحث الاول فى الالتهاب المفصلى الروماتزمى الحاد)

(المعروف بالروماتزم المفصلى الحاد وبالالتهاب المفصلى المتعدد الروماتزمى)

(وبالنقرس الطيار وبالحدار المفصلى)

(كيفية الظهور والاسباب)

ليس عندنا الآن شك فى ان الاصابات المفصلية الالتهابية لداء الروماتزم المفصلى الحاد ليست ناتجة عن تغيرات موضعية بل انها تعتبر ظواهر مرضية عرضية لتغير مرضى عمومى والذى يؤيد ذلك ظهور الالتهاب فى مفاصل متعددة و بعيدة عن بعضها وانطفاء الالتهاب فى أحد المفاصل وظهوره فى مفصل آخر لم يكن مصابا من قبل وكذا اشتراك القلب فى الالتهاب بكثرة هو وغيره من الاعضاء الباطنية وكذا بغزارة العرق الواضحة لكن طبيعة هذا التغير المرضى العمومى المظنون وجوده لم تتضح الى الآن ويوجد من ذلك نوعان من النظريات متضادان لبعضهما احدهما يقول بان ينبوع هذا المرض انما ينشأ عن تغير فى الاخلاط ولاسيما الدم بسبب اختلاطه بكمية عظيمة من حمض اللبنيك المتكون تكونا مرضيا وثانيهما يقول بان ينبوع هذا المرض تغير مرضى عصبى ينتج عن تهيج مرضى فى المراكز العصبية الوعائية الغذائية وهذه النظريات تركن الى ميل الاصابات المفصلية فى الظهور بكيفية مساوتة والى وجود آفات مفصلية متعلقة ولابد بتغيرات مرضية فى النخاع الشوكى

ثم ان الروماتزم المفصلى الحاد يعتبر من الامراض المهمة جدا بسبب كثرته ونتائجه الثقيلة التى يحدثها فى القلب بحيث ان هذا المرض يعتبر فى أهميته كالسل الرئوى والالتهابات الرئوية والتيفوس والالتهابات الشعبية ونحو ذلك ويندر مشاهدة هذا المرض فى سن الطفولية ويشاهد بكثرة بين السنة الخامسة والخامسة عشر وأكثر مشاهدته من سن الخمسة عشر الى الخمس وثلاثين سنة ويأخذ فى التناقص بعد هذا الطور اقله بالنسبة لاصاباته الابتدائية الحديثة وأما بعد سن الخمس والخمسين فشاهدته من النوادر والظاهر ان كلا من النوعين (اى الذكور والاناث) عرضة للاصابة به على حد

سواء او لا يتعلق جزء عظيم من أحوال الاصابة بهذا المرض ولا بد باستعداد وراثي لاسيما بالنسبة للمرضى الحديثي السن (فى الاطفال الذين سنهم اقل من الخمسة عشر سنة يكون ثلث أحوال الاصابات من هذا القبيل)

وبالنسبة لهذا الاستعداد الوراثي يظهر ولا بد انه يتضح عقب الاصابة بأمراض أخر ولاسيما قد شوهد الروماتزم الحاد بكثرة عقب اوبئة القرمزية والدوسنطاريا والحميات النفاسية والاجهاض ويكثر كذلك الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الاشخاص الذين اصيبوا به من قبل مرة أو جملة مرات فلا يكون مثل هؤلاء الاشخاص مصانا عن الاصابة به مرة ثانية ولو بعد مضي فترة طويلة كمن عشر سنين الى عشرين ويعتبر من أهم الاسباب المتممة لهذا المرض تأثير البرد العمومي وذلك كتبريد سطح الجسم المستطيل عقب البلل والعرق الغزير وتعرية الجسم زمنا ما او يلا والنوم على الارض الرطبة ونحو ذلك ومسألة كون تأثير البرد يحدث تارة التهابات ثانوية وتارة التهابات نزلية شعبية وطورا ذبحات حلقية واحيانا روماتزما مفصليا حادا يجاب عنها بالجواب غير الشافي وهو انه لحصول احد الامراض يشترط ولابد وجود استعداد جسمي مخصوص وزيادة عن تأثير البرد قد تحدث المجهودات الشاقة فى العضلات والمفاصل هذا المرض بل وقد شاهد أخيرا المعلم شاركو أحوالا نتج فيها الروماتزم المفصلي الحاد عن مؤثرات جرحية او اعمال جراحية وكان الروماتزم المفصلي الحاد ليس موضعيا فقط بل كان ايضا عموميا وحيث كانت الفقرا اكثر عرضة للاسباب المتممة السابق ذكرها كانت مشاهدة هذا المرض فيهم أكثر من مشاهدته فى الاغنيا والروماتزم المفصلي الحاد يطرأ فى جميع الفصول ومع ذلك فلا يكثر عدد الاصابات به فقط فى الاوقات التى يكثر فيها رداءة الجو كالبرد والرطوبة والرياح القوية بل كذلك يشاهد ايضا فى اوقات اخر يكون الجو فيها معتدلا وحرارة الصيف كذلك بحيث يلتجىء ولابد فى توجيه كثرة الاصابة بهذا المرض للقول بوجود مؤثر نوعى مجهول فى الجو كما يقال فى توجيه كثرة ظهور الالتهابات الرئوية والذبحات الحلقية والوردية ونحو ذلك وفى احوال عديدة من الروماتزم المفصلي الحاد لا يعرف السبب المحدث لظهوره ولا لتردده

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التشريحية للالتهاب المفصلي المنتقل الروماتزمي عبارة عن متحصلات تغيرات احتقانية او التهابية وهذه لا توجد فقط في المحافظ الزلالية بل كذلك في جميع الاجزا المكونة للمفاصل والمحيطة بها وهذه التغيرات يختلف وضوحها بحسب شدة الاصابة ومدتها وليس لتلك التغيرات خصوصيات نوعية كالتغيرات الالتهابية المفصلية الاخر وانما تتميز عنها بسرعة ظهورها او زوالها كذلك وبكونها ليس لها ميل عظيم للتقيح بل الغالب انتهاؤها بالتحلل ومن النادر ان يخلف تلك التغيرات متحصلات او بقايا ينتج عنها اضطراب مستمر في وظيفة المفصل المصاب والمحفظة الزلالية تكون كثيرة الاوعية منتفخة لا سيما في محل انثنياتها وقد تكون مرصعة بانسكابات دموية صغيرة وسطحها الباطن يكون مغطى بنضح ليفي رقيق ويوجد في التجويف المفصلي ارتشاح متفاوت الكمية لا يتميز احيانا عن المادة الزلالية المفصلية الا قليلا لكن الغالب ان يكون على هيئة سائل مصلي ليفي رقيق اصفر باهت او مدمم او ذي ندف وعند اشتداد الالتهاب يكون المنسوج الخلوي المحيط بالمحفظة المفصلية والكائن بين الالياف العضلية وتحت الجلد مرتشحا ارتشاحا اوذيماويا كثير الاوعية ومرصعا بنقط دموية وكذا الاغماد العضلية والوترية المجاورة وهي الاكياس المخاطية تكون محمرة ملتهبة ومحتوية على سائل شبيه بالسائل الذي في باطن المفاصل والاطراف العظمية المفصلية هي والسمحاق المحيط بها تكون كذلك كثيرة الدم وقد توجد تغيرات جوهرية دقيقة في الغضاريف واما التغيرات المفصلية الثقيلة المستمرة كالتقيح والتقرح وانفصال الغضاريف وانفتاح الخراجات نحو الظاهر فانها تعتبر من النتائج المرضية النادرة جدا في الالتهاب المفصلي المتعدد الروماتزمي وزيادة عن ذلك يوجد في الجثة مضاعفات مهمة نحو الاحشا الباطنية لا سيما في القلب وهذه الاخيرة هي التي تكون سببا في الهلاك غالبا

﴿الاعراض والسير﴾

هذا المرض يبتدي غالبا بكيفيات مختلفة وكثيرا ما لا يمكن الحكم بمعرفة

حقيقته من الظواهر المرضية الاولية وهى الاضطراب البنيي العمومى والانحطاط والالام المفصلية المتحيرة غير القاصرة على احد المفاصل اوانه يظهر عند المريض حالة حمية بعد قشعريرات متكررة اوقشعريرة واحدة شديدة ولا يستدل من هذه الحركة على حقيقة المرض وفى احوال اخر تظهر الالام المفصلية الحقيقية من الابتدا لكنها تكون فيه غير قوية فلا تمنع بعض المرضى من السعى فى اشغالهم ثم ان الروماتزم المفصلى الحاد يندر جدا ان يصيب مفصلا واحدا اومفصلين والغالب ان يصيب عدة مفاصل بمعنى ان التغير المرضى وان كان فى الغالب مهيئا لاحد المفاصل بشدة عظيمة الا انه يصيب عادة جملة مفاصل فى اثناء سيره ومن الواصف لهذا المرض ايضا كون عدة من المفاصل لا تصاب مع بعضها فى آن واحد بل مع التعاقب بحيث ان المفاصل المتشابهة من جهتى الجسم تصاب فى آن واحد او بعد بعضها بقليل ولو اختلفت درجة شدة الاصابة فيها وكذا من صفات هذا المرض دون غيره من الالتهابات المفصلية ان المفاصل المصابة مهما اختلفت شدة اصابتها تعود لسلامتها ثانيا أو انها تبقى مصابة بدرجة خفيفة مدة من الزمن لكن كثيرا ما يصاب المفصل ولو بعد سلامته مرة ثانية أو ثالثة ثم ان الالتهاب المفصلى المتعدد الروماتزمى يمكن ان يكون مجلسه جميع مفاصل الجسم ومع ذلك فانه يصيب على الخصوص المفاصل العظيمة وبحسب كثرة تعداد الاصابة يكون مفصل الركبتين هو الاكثر مصابا ثم مفصل اليدين والقدمين ويلى ذلك مفصل الكتفين والمرفقين والمفصل الحرقفى ثم المفاصل الصغيرة لليد والاصابع ويندر اصابة المفصل القصى والاخرمى أو الترقوى اومفصل أصابع القدمين والمفصل الفكى والمفاصل الفقرية والعانية وعند البحث عن المفاصل المصابة تشاهد خصوصا فى السطحية منها تغيرات مرضية مختلفة الوضوح فتكون هذه المفاصل كثيرة الحرارة منتفخة انتفاخا أوذيما ويا ولونها أحمر باهتا أو داكنا وقد يتحقق بالجس خصوصا فى مفصل الركبة وغيره من المفاصل العظيمة من وجود انسكاب فيحس بالتموج فيه لكن الظاهرة الموضعية الواضحة فى هذا المرض هى الالام المفصلية بل ان هذه الظاهرة تغاير بالكلية بشدتها باقى الظواهر المرضية

المدركة القليلة الوضوح وفى الاحوال الخفيفة من هذا المرض لايحس بالالم غالبا الاعند تحريك المفاصل او الضغط عليها وأما فى الاحوال الشديدة فيحس بالام متعبة للغاية ولو كانت المفاصل فى الراحة التامة وهذه الالام ترتقى لدرجة غير مطاقة عند تحريك المفاصل ومجلس الالم يكون فى الاجزاء المكونة للمفصل ولكن ذلك ليس هو المجلس الوحيد بل قد تكون بعض الاجزا المحيطة بالمفاصل وذلك كالاغماد الوترية أو العضلات المجاورة هى المؤلمة جدا أو قد تكون الاعصاب المارة من جدار المفصل هى المصابة فيتشعع الالم على طول المفصل المريض وفى المفاصل العظيمة كثيرا ما يمكن التحقق من ان مجلس الالم ليس فى جميع محيطها بل ان بعض الاصفار المحدودة فى الجهة الانسية او الوحشية هو مجلس الالم وان كان زوال كل من الالام والانتفاخ من المفاصل المصابة ابتداء بطيأ مع ظهورها فى مفاصل أخر كان عدد المفاصل المتألمة عظيما جدا وحالة المريض مؤلمة ومكدرة للغاية بحيث لايكون له فى مثل هذه الاحوال قدرة على فعل أى حركة من ذاته فلا يمكنه تغيير وضعه بالارادة بل ويخشى ويتألم من فعل بعض حركات متعدية كقضاء الحاجة بل وتعاطى الاطعمة وقد تكون ملامسة الفراش ولو اللين مؤلمة جدا فينزعج ويصيح منها ومن حظ المرضى ان هذا الانتشار فى الاصابة ليس كثير الحصول

وأما الحركة الحمية التى تظهر تارة قبل الالام المفصلية او معها او بعدها وهو نادر فانها قد تفقد وقتيا فى الروماتزم المفصلى ومن النادر جدا ان تفقد فى اثناء جميع سير هذا المرض وارتقاء درجة الحرارة يكون متوسطا غالبا (أعنى أقل من ٤٠ مائينية) وسير الحمى يكون مع ذلك غير منتظم ويطابق من هذه الحيثية السير المختلف للاصابات المفصلية فكما ان هذه الاصابات الاخيرة تتلطف فى بعض الايام والالام تتناقص جدا بحيث يظن قرب الشفاء ثم تصاب المفاصل ثانيا بنوب اخر سواء كانت قد أصيبت من قبل أو بقيت سليمة فكذلك الحمى تنحط درجتها بالكلية وتنطفى فى اثناء تحسين الاصابات المفصلية ثم تعود ثانيا مع تناقل وارتداد الاصابات المفصلية واما ان ترددت النوب بسرعة بحيث انه فى ابتداء النوبة الجديدة يكون تاثير التى قبلها مستمرا

وكانت المفاصل المصابة متعددة اكتسبت حرارة الحمى درجة عالية جدا (فتكون من ٤٠ الى ٤٠ وخمسة خطوط بل أزيد) وتبقى مستمرة على هذا النمط زمنا طويلا والنبض يكون ذا سرعة متوسطة مطابقة لارتقاء درجة الحرارة بحيث ان سرعته العظمى (أعنى زيادة من ١٢٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة) عند البالغين تعتبر فى الروماتزم المفصلى الحاد كما فى غيره من الامراض الحمية ظاهرة خطرة فانها تدل زيادة عن الارتقاء العظيم لدرجة الحرارة على خطر بسبب مضاعفة باطنية ولننبه هنا على ان الآلام المفصلية الشديدة يمكن ان ينتج عنها سرعة عظيمة فى النبض وبالتسمع على القلب يحس فى احوال عديدة ولو التى لم توجد فيها مضاعفة بالتهاب الغشاء الباطن للقلب بالغاط نفخية تعرف بالالغاط الدموية والجلد يكاد يكون منديا بعرق غزير ذى رائحة حمضية مادامت الحمى وهذا العرق لا يعتبر فى الطبيعة بحرانا وكثيرا ما يوجد الجلد عند المرضى مغطى بدخنية حمراء وقد ذكرنا فيما تقدم ان هذا الطفح يعتبر من نوع الاجزيما وانه ينتج عن تهيج الجلد الشديد فى محاذاة فوهات الاجربة الشعرية عقب العرق الغزير ويندر مشاهدة الدخنية الشفافة على الجلد (أنظر مبحث الدخنية) وزيادة عن هذه الطفحات الجلدية المرتبطة بغزارة الافراز العرقى تشاهد فى أحوال نادرة طفحات جلدية أخر تنشأ ولابد عن التغير المرضى الاصلى الروماتزمى وتكون مرتبطة بالاصابات المفصلية وهذه الطفحات الجلدية الروماتزمية تشاهد اما بقرب المفاصل المصابة أو فى أجزاء بعيدة عن الجسم وتظهر اما على شكل الايرتما النضحية أو على شكل الانجرية أو الهربس أو الفرفورية

وبالفقد المائى العظيم الذى يعترى الجسم اما بسبب شدة التبخير الناتج عن ارتقاء الحمى أو بسبب الافراز العرقى الغزير توجد قلة الافراز البولى بحيث لا ينفرز منه فى ٢٤ ساعة الا من ٣٠٠ الى ٤٠٠ سنتميتر مكعب وحيث ان تكون البولينا الايكون متناقصا بل متزايدا بسبب سرعة التبادل العنصرى كان البول المتركز ذا وزن نوعى ثقيل جدا وحيث ان كمية الماء المحتوى عليها البول لا تكفى احيانا فى حفظ الاملاح البولية منحلة عند انخفاض درجة حرارة البول يشاهد تكون رواسب ملحية عظيمة

فيه عند تركه للتبريد وهذه الاملاح تظهر ذات لون أحمر داكن بسبب رسوب
المادة الملونة أيضا مع الاملاح ومع ذلك فلا يحكم من وجود راسب غزير
متكون من أملاح بولية بان كمية حمض البوليك المنفرزة فى ٢٤ ساعة
متزايدة وقد توجد كمية قليلة من مواد زلالية فى البول وهذا يتعلق ولا بد كما فى
غير هذا المرض من الامراض الحمية القوية بتمدد فى جدر الاوعية الكلوية
ناتج عن ارتقاء حرارة الجسم وأما وجود كمية عظيمة من مواد زلالية
فى البول فانه يوقظ الظن بوجود مضاعفة كلوية كالتغير الكلوى
السددى الناتج عن اصابة القلب أو غيره من اشكال التغيرات الكلوية
المضاعفة وأهم المضاعفات المختلفة فى الروماتزم المفصلى الحاد هو اشتراك
القلب فى الالتهاب لاسيما التهاب الغشاء الباطنى منه وأندر من ذلك التهاب
غلافه الظاهر أو حصولهما معا من أول الامر ومن الجائز القول بأن هذه
الالتهابات القلبية تنشأ عن السبب الاصلى الغير المعلوم الذى نشأت عنه
التغيرات المفصلية ثم ان التقاويم التى فعلت بالنسبة لكثرة حصول الالتهابات
القلبية وعددها فى الروماتزم تنافى بعضها بدرجة عظيمة جدا بحيث لا يمكن
الانتفاع بها فتبعا لقول المعلم بولو يكون حصول التهاب الغشاء الباطنى
للقلب هو القاعدة العامة مادام الروماتزم شديدا ومنتشرا على عدد
عظيم من المفاصل وأما ان كان خفيفا او قاصرا على قليل منها وغير
حمى فحصول التهاب القلب يعتبر من الاستثناآت ومن المقول به عادة ان
الروماتزم المفصلى الحاد فى الاطفال يصطحب كثيرا بالتهابات قلبية شديدة
زيادة عن البالغين ويوجد اختلاف الآراء من كثرة حصول الالتهابات
القلبية فى الروماتزم المفصلى الحاد بما هو معلوم من ان الالتهابات القلبية
الباطنة الخفيفة التى تحصل بكيفية خفية ليست سهلة التشخيص دائما
بل انه فى مثل هذه الاحوال من الجائز ان عيب أحد الصمامات الذى يتضح
شيأ فشيأ هو الدال على أسبقية حصول الالتهابات القلبية الباطنية
وبالنسبة لكون الاصابات المفصلية وزوالها بسرعة احيانا بدون ان تبقى أثرا
قد يجوز الميل للقول بان الالتهابات القلبية لها صفات مماثلة لذلك بحيث ان
القلب المصاب بالالتهاب كثيرا ما يتخلص منه بالكلية ولا يجوز انما نفى وجود

هذا التشابه بالكلية لكن من المحقق الثابت انه متى حصل الالتهاب القلبى الباطنى واتضح بالكلية وصار تشخيصه أكيدا بالعلامات الطبيعية فلا يكون هنالك أدنى أمل بزواله زوالا تاما بدون ان يبقى تغيرات ثابتة فى القلب وظهور الالتهاب القلبى لايتوقع حصوله دائما فى دور واحد من الروماتزم المفصلى ففى أحوال نادرة تظهر الاعراض القلبية مع الظواهر المفصلية فى آن واحد اوتسبقها بقليل لكن فى معظم الاحوال تطرأ الآفة القلبية المضاعفة فى أثناء الاسبوع الثانى ومع ذلك ننبه على ان الالتهاب القلبى الخفى يمكن وجوده قبل احداثه لعلامات مشخصة أكيدة بزمن قليل فان العلامات الاكيدة التى يتمكن بها فى تشخيص الالتهاب القلبى تتخذ من ثبوت وجود آفة صمامية ناتجة عن الالتهاب وأندر مما تقدم كون التهاب القلب الباطنى والظاهرى يحصل فى ادوار متأخرة عن ذلك ومن اراد الوقوف على ظواهر الاصابة القلبية الالتهابية ونتائجها فليراجع ماذكرناه فى الجزء الاول من هذا الكتاب وفى بعض الاحوال لايقتصر الالتهاب على القلب بل يمتد الى البليورا لاسيما اليسرى اوكلتيهما معا فينتج عن ذلك نضح مصلى ليفى وقد ينضم لذلك نضح التهابى رئوى بكيفية استثنائية ومع طرو جميع هذه المضاعفات لاينتهى هذا المرض كما شاهدناه بالموت وقد يشاهد كذلك فى اثناء سير الروماتزم المفصلى الحاد اصابات غشائية مخاطية واكثرها حصولا الذبحات الحلقية والنزلات الشعبية

ومن المضاعفات النادرة الثقيلة جدا للروماتزم المفصلى الحاد الاضطرابات الدماغية وهى تنشأ ولابد عن تغيرات مختلفة فبقطع النظر عن الهذيان الحمى الذى قد يشاهد ايضا فى الاحوال الثقيلة من هذا الداء يظن ولابد متى طرأت عوارض دماغية فى اثناء سير هذا المرض اما بظهور التهاب سحائى بسيط اوسدد دماغية سيارة نتيجة متحصلات التهاب الغشاء الباطنى للقلب واما بما يسمى بالحمى الشديدة الروماتزمية وفى هذه الحالة الاخيرة يحصل كما ذكره بعض المؤلفين ارتقاء شديد جدا فى درجة الحرارة خطر للغاية فتصل الحرارة من درجة ٤١ ونصف الى ٤٤ مائينية ويوجه

حصول

حصول هذا العارض الخطر بان المراكز العصبية المنوطة بتنظيم الحرارة يعتريها كما في احوال السكتة العصبية الحمية اضطراب عظيم في وظيفتها وعند طرو هذه المضاعفة تزول الآلام المفصلية والعرق ويطرأ هذيان او تشنجات احيانا او كوما عميقة في الاحوال الثقيلة جدا ويصير النبض سريعا للغاية فيطرأ الموت بعد بعض ساعات واندر من ذلك بعد يوم أو اثنين مالم تجر المعالجة اللائقة و يظهر ان هذا العارض ينتج عن شلل الاعضاء العصبية المركزية سيما النخاع المستطيل بسبب شدة ارتقاء درجة الحرارة ومع ذلك فلم يستدل من الصفات التشريحية في مثل هذه الاحوال على شئ ولا توجد الا تغيرات غير واصفة

ثم ان هذا المرض ينتهي في الاحوال الجيدة في مدة من ثمانية ايام الى ١٤ بدون ان يبقى اثر سوى الاستعداد للنكسات وأكثر من ذلك مشاهدة هو ان يكتسب هذا المرض سيرا بطيأ غير منتظم فيمتد في ثلاثة أسابيع الى ستة بل وفي أحوال نادرة جدا قد يمتد من شهرين الى ثلاثة

والشفاء في الاحوال الثقيلة يحصل تدريجا وذلك بان يبقى في المفاصل المصابة احساس بغشاوة وضعف مدة من الشهور ومع ذلك فالمفاصل في الروماتزم المفصلي الحاد لا يعتريها اضطرابات وظيفية مستمرة الا نادرا عكسا لما يشاهد في المزمن منه فالانذار حينئذ من حيثية المفاصل جيد وكذا من حيثية خطر الحياة المتعلق بالمضاعفات السابق ذكرها جيد أيضا فان الموت لا يحصل الا في اثناء سير بعض الاحوال النادرة (أعني من ٣ الى ٤ في المائة) وحصوله اما ان يكون عقب التهاب الغشاء الباطني التقرحي للقلب أو عقب الآفات الدماغية السابق ذكرها لكن هذا المرض من حيثية الحكم على عاقبته غير جيد بالنسبة للالتهاب القلبي المضاعف فانه يكون ينبوعا لآفات عضوية قلبية غير قابلة للشفاء تؤدي ولو بعد حين للنهوكة والهلاك وعند المتقدمين في السن أي بعد سن الكهولة يكون الانذار أكثر جودة وذلك لان القلب يندر اصابته عندهم دون الاطفال والشبان وقد شاهد المعلم جريسنجر حصول اضطرابات عقلية مزمنة عقب الروماتزم المفصلي الحاد في بعض الاحوال وهذا الاضطراب يتضح على هيئة حالة جنون

غير جيدة مع صفة الخمود أو تكون على صفة الماليخوليا الواضحة مع البله وقد تتعاقب أحوال جنونية تهيجية مع العوارض السابق ذكرها فتكون هذه الاضطرابات مصحوبة بحركات تشنجية أو خورية ومع ذلك فانذارها على العموم جيد وبعد استمرار هذا المرض زمنا طويلا سيما ان كانت الحمى ثقيلة تكون المرضى الناقهة فى حالة ضعف وانيميا عظيمين ويحس عندهم بألغاط كاذبة فى القلب والاوعية لا مانع من اختلاطها عند البحث بغير الدقة بالغاظ العيوب الغليظة الصمامية العضوية

وقد تعرض صعوبة فى التشخيص سيما فى ابتداء هذا المرض وذلك عند ما تكون الاصابات المفصلية المصاحبة للحمى غير واضحة بالكلية او عند ما تكون بعض الامراض الناتجة عن تأثير البرد كالروماتزم العضلى أو الذبحة الحلقية أو الالتهاب الشعبي سابقة على الاصابات المفصلية الموضعية وكذا فى الاحوال التى فيها لا تظهر الاصابات المفصلية صفتها المتنقلة وتبقى قاصرة على احد المفاصل التى فيها الالتهاب المفصلى يبتدئ بكيفية غير اعتيادية فى مفصل الابهام القدمى ويختلط بالنوبة النقرسية وكذا الآفة المفصلية التى تظهر فى مفصل الركبة أو القدم مصاحبة للسيلان المجرى تشتبه ولابد بالروماتزم المفصلى وذلك فيما اذا انكر الشخص المصاب بالسيلان المجرى اصابته من الطبيب وقد يحصل ايضا خطأ عظيم فى التشخيص عند وجود التهابات مفصلية متعددة ثانوية كالتى تحصل فى اثناء سير الامراض التسممية الثقيلة كالتسمم الصديدى والحمى النفاسية ونحو ذلك (وهى المعروفة بالالتهابات المفصلية الانتقالية) وهذا الخطأ أكثر الوقوع فى الاحوال التى فيها تبقى البورة المرضية الاولية المحدثة للتسمم الاصلى مجهولة على الطبيب

﴿المعالجة﴾

لو تأملنا الى العدد الذى لا نهاية له من الوسائط العلاجية التى أوصى بها واستعملت فى الروماتزم المفصلى الحاد والى تنويع معالجة هذا المرض التى يتنوع فى كل سنة لاتضح لنا ان جميع هذه الطرق العلاجية ليس فيه كبير فائدة وأنه فى هذا المرض كما فى غيره من الامراض الحمية

أدى عدم اعتبار سيره الطبيعي لغلط فاحش بالنسبة لتأثير الوسائط العلاجية المستعملة فكثير من هذه الادوية التي كانت مستعملة بكثرة مدة طويلة من الزمن كالاستفراغات الدموية الموضعية والعامة ونترات البوتاسا بقدار عظيم والزئبق الحلو والسليماني ونحو ذلك لا تستعمل الآن بل حل محلها وسائط علاجية اخر وهذه وان كانت مثلها غير اكيدة التأثير الا انها تفضل عن الاولى لكونها غير مضرة واغلب الطرق المستعملة الآن تتم بها دلالات عرضية لكنها بازالتها لعوارض مهمة مضرة في المرض الاصلي فلها ولا بد تأثير ملطف ومقصر لسيره ولذا ان كثيرا من الاطباء من يستعمل مقادير عظيمة من الكينين (من جرام الى ٢) لاجل تنقيص درجة الحرارة كما في الالتهاب الرئوي أو التيفوس وعلى حسب تجارب كل من المعلم فيفرو بلروت لا يشك في انه من الجائز ان صفة الدم عند المصابين بالحمى تعين على حصول اضطرابات غذائية التهابية وتبعا لذلك فالمعالجة المضادة للحمى تكون مضادة للالتهاب أيضا والكينين وغيره من الوسائط العلاجية المضادة للحمى يكون ولا بد ذا منفعة عظمى وليس فقط من حيثية الدلالة العرضية بل ومن حيثية اتمام الدلالة المرضية ايضا في الروماتزم المفصلي الحاد الذي فيه تلتهب مفاصل عديدة من جديد مدة الحمى وأما من حيثية تأثير الحمامات الباردة في الاحوال المرتفعة فيها درجة الحمى جدا فليس عندنا تجارب أكيدة وكذا بالنسبة للطريقة التي استعملها ازمرك حديثا في الروماتزم المفصلي وهي وضع مثانات جليدية (بدلا عن المكمدات الباردة) على المفاصل الملتهبة وبها يحصل تنقيص سير المرض وأما في الاحوال ذات الحمى الشديدة جدا المصحوبة بظواهر عصبية دماغية والتي تنتهي بالموت كما تقدم فالمعالجة بالتبريد فيها واجبة ولا بد وهذه الطريقة العلاجية التي استعملها في مثل هذه الاحوال المعلم برند وغيره قد أيد نجاحها المعلم فيلسن فوكس فكان ينزل حرارة الحمامات الى ١٤ درجة ريمور ويعطي من الباطن مع ذلك منبهات روحية وبعض مقادير من الكينين وعلى رأي هينبر تكون درجة الحرارة التي يمكن حصول النجاة فيها ما بين ٤٢ و ٤٣ مائينة وحيث ان الخطر يرتقي مع ارتقاء الحرارة في كل

عشر درجة فالامل بالنجاح يزداد كلما بودر بالمعالجة عندما تجاوز درجة الحرارة الاربعين وخمسة خطوط وأما المعالجة القلوية التى هى عبارة عن استعمال بى كربونات الصودا أو غيرها من الاملاح الصودية (من ٢٠ جرام الى ٤٠ كل يوم فى ماء محلى الى أن يصير البول قلويا ثم ينقص المقدار شيأ فشيأ) فمؤسسة على النظريات القائلة بوجود حمض فى الدم لكنها تبعا لتجارب اطباء الانكليز والمعلم سينا تور تصير ظهور المضاعفات القلبية نادرا وتنقص سير المرض ومن الموصى به بكثرة هو ان يستعمل بدلا عن تغليف المفاصل المصابة بالقطن ودهنها بالمروخ المسكن رباط ثابت وهذه الطريقة قد أوصى بها من قبل المعلم جودشلك واستعملها المعلم سايتين لكن بعد التجربة مدحها فى العصر المستجد المعلم هيبنبر وغيره فى أحوال عديدة والاجود فى ذلك ان يؤخذ جبيرتان من الورق المقوى مندا تان بالماء ويغطى سطحهما الباطن بطبقة كثيفة من القطن فبذلك يتجنب حصول الالم الناتج عن عدم انتظام الضغط ثم تثبت الجبيرتان حول المفصل برباط ضاغط خفيف وهذا الرباط لا يزيل الالام فقط عقب وضعه حالا بل يحدث تناقصا فى الالتهاب المفصلى والحمى المتعلقة به ايضا بحيث ان كثيرا من الاطبا الذين وصوا بهذه الطريقة ينسب لها تأثيرا يقصر مدة المرض وان كانت الالام ممتدة على الظهر والقسم بين الحرقفيين ونحو ذلك من الاجزاء التى لا يمكن وضع الاربطة عليها وجب مضاربتها بواسطة المركبات الافيونية من الباطن أو الحقن بالمرفين بقرب الاجزا المتألمة وعند وجود أرق مستمر يستعمل الكلورال الايدراتى من الباطن :

وكما انه قد أوصى فى العصر السابق باستعمال جواهر نوعية فى الروماتزم فكذلك أوصى أيضا فى العصر المستجد بجواهر نوعية أخر وذلك كالبيرو بيلامين وخلات الرصاص الذى ذكر المعلم مونق انه باستعماله بمقدار عظيم قد تحصل منه على فائدة عظمى والعلاجين الذى يحدث تبعا لسكودا تأثيرا ملطفا فى المفاصل وحمض الكربوليك الذى باستعماله حقنا تحت الجلد فى محلول منه جزء على المائة يحدث تبعا الكنزى تلطيفا عظيما فى الآلام وغيرها من الظواهر المرضية ولكن أجود ما يستعمل من جميع الطرق

العلاجية المستجدة فى الروماتزم المفصلى الحاد والا كثر نجاحا هو الرباط الضاغط المتقدم ذكره والاستعمال الباطنى لحمض السالتسايلك أى الصفصافيك والمعلم بوس بعدان نبه على تاثير هذا الجوهر الدوائى فى الروماتزم المفصلى الحاد قد برهن بالتجارب العديدة التى فعلت فى اكلينك المعلم اشتركر وتروية على حقيقة هذا الامر وكانت سببا فى انتشار استعماله على حسب طريقة المعلم اشتركر وهى ان يعطى حمض الصفصافيك مسحوقا بمقدار من نصف جرام الى جرام كل ساعة (بان يؤخذ من حمض الصفصافيك المسحوق من نصف جرام الى جرام) ويغلف هذا المقدار ببرشام ويعطى مرة واحدة مع قليل من الماء ويكرر هذا المقدار كل ساعة الى ان تتحرك المفاصل المريضة بدون ألم ولانالة هذا الغرض قد يحتاج الحال لاستعمال عدد عظيم من هذا المقدار أو اقل منه وفى الاحوال التى شاهدها اشتركر لم يزد فيها الاستعمال عن خمسة عشر جراما ولم يقل عن خمسة فى كل حالة ومع ذلك ففى الاحوال المستعصية لامانع من استعمال مقادير ازيد من ذلك عددا بدون أدنى ضرر واما الاعضاء الهضمية فقد يشاهد فيها احيانا بعد اليوم الثانى من هذه المعالجة نظافة اللسان وتحسين الشهية ومن النادر حصول غثيان وقئ و يشاهد من الظواهر التابعية لهذه المعالجة طنين فى الاذنين وثقل فى السمع وعرق غزير لكن من النادر مشاهدة اعراض مهمة كالثورانات النفسية والهلوسة (المعروف بالسكر الصفصافى) أو انحطاط عظيم فى القوى ومع ذلك فحصول مثل هذه العوارض يلجئنا لملاحظة المريض مدة المعالجة وقد ذكر المعلم اشتركر ان جميع المرضى الذين عالجهم (وكانوا ١٤) حصل عند أغلبهم بعد ٤٨ ساعة انحطاط كلى فى درجة الحرارة الجية التى كانت مرتفعة بل زال عنهم أيضا جميع الظواهر المرضية الموضعية أعنى انتفاخ المفاصل واحمرارها ولاسيما آلامها وقد أبدت ذلك أيضا تجاربنا العديدة بمعنى ان هذا المرض لاسيما فى أحوال حديثة منه قد حصل شفاء فى أيام قلائل وكانه انقطع سيره لكن التجارب المتمادية للمعلم اشتركر وغيره قد دلت الآن على ان نتيجة المعالجة بحمض الصفصافيك ليست تامة النجاح فى كثير من

الاحوال وذكران الظواهر المرضية لا تزول على الدوام فى زمن قليل زوالا تاما باستعمال هذا الجوهر الدوائى بل انها بعد انحطاطها وتلطيفها كثيرا ما تثور من جديد أو يحصل فيها انكسات ولذا ان اشتركريوصى بعد انتهاء المعالجة الاولية الاساسية باستعمال معالجة تابعية بمقادير صغيرة منه بمعنى ان كل مصاب بالروماتزم المفصلى يأخذ بعد انحطاط الداء عنده مقادير صغيرة من هذا الحمض بقدر جرام ونصف الى جرامين كل يوم مدة ثمانية أيام وفى بعض الاحوال قد لا يزول هذا المرض زوالا تاما مستمرا بواسطة هذه المعالجة التابعية وحينئذ فلا بد من تكرار المعالجة الاولى مرة ثانية بل وثالثة ومع ذلك فهناك أحوال نادرة تستعصى عن هذه الطريقة فتلجئنا الى تركها والمضاعفات الالتهابية من جهة القلب وان كانت لا تجتنب بالكلية باستعمال حمض الصفصافيك الا انها تقل جدا بسبب قصر مدة المرض بهذه المعالجة فان الالتهابات القلبية يكثر ظهورها فى انتهاء الاسبوع الثانى او الثالث ومثل حمض الصفصافيك فى التأثير وجودة الفعل وأقل منه فى التهيج الموضعى صفصافات الصودا وتستعمل بالمقادير عينها اما مغلفة بالبرشام او محلولة بالماء او صواغ آخر وهذا الملح هو المستعمل الآن بكثرة الا انه ثمين وكذا الصفصافين الذى مدحه سينا تور والمضاعفات الالتهابية تعالج على حسب القواعد العمومية والعرق يتلطف باستعمال خفة الغطا وتنظيم درجة حرارة الاودة وعندما يكون غزيرا جدا ومتعبا تستعمل خلات الرصاص من الباطن وفى الاحوال المزمنة التى يعقبها انتفاخ المفاصل ينبغى ولا بد استعمال يودور البوتاسيوم وزيادة عن ذلك تستعمل الحمامات الحارة التى سنذكرها عند الكلام على الروماتزم المفصلى المزمن واتما تنبيه على ان استعمال الحمامات عند وجود مضاعفات قلبية يحتاج لاحتراس عظيم وانه تبعا للعلم يونوق حمامات نوهيم المحتوية على قليل من حمض الكربونيك (من جزين الى ٣ الى ٤ فى المائة) والحمامات الملحية التى حرارتها من ٣٥ الى ٣٦ ريومور تحملها المرضى ولو المعتريهم آفات ثقيلة فى القلب بسهولة بدون أن يحصل تنبيه فى المجموع الوعائى بل انها بعكس ذلك تحدث تلطيفا فى حركات القلب مادامت حرارتها ومدة استعمالها ودرجة تركزها موافقة

﴿المبحث الثانى﴾

(فى الروماتزم المفصلى المزمن)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لاطائل فى التعرض للمجادلة بكون الروماتزم المفصلى المزمن هل يماثل بالنسبة لطبيعته الروماتزم المفصلى الحاد املا فان طبيعة هذا الداء الاخير كما ذكرناه فى المبحث السابق لم تزل فى حيز النظريات وعلى كل حال فالمرض الذى نحن بصدده لايختلف عن الروماتزم المفصلى الحاد بسيره البطئ فقط بل كذلك بعدة اوجه فانه وان شوهدت احوال فيها تكون الاصابة المفصلية المعبر عنها بروماتزم المفصلى المزمن ناشئة عن الروماتزم المفصلى الحاد الا ان هذه الاحوال استثنائية ومن المعلوم ان حصول هذا الداء المزمن يقع فى اطوار الحياة التى يندر فيها حصول الروماتزم المفصلى الحاد اعنى ما بين الاربعين والستين وانه لايصيب النوعين على حد سوا بل الغالب اصابته للنساء وان التنقل المعهود للروماتزم المفصلى الحاد وميله للانتقال من مفصل آخر لايوجد فى الروماتزم المفصلى المزمن مطلقا ومن صفات هذا الداء الاخير ايضا التى انفرد بها دون الحاد هى ندرة المضاعفات باشتراك القلب حتى ان بعضهم انكر ذلك بالكلية وان وجود آفة مضاعفة قلبية اما ان يدل على ان الروماتزم ليس مزمنا بل حادا (انما هو ذو سير بطئ) أو ان الروماتزم المفصلى الحاد كان موجودا من قبل وان الروماتزم المفصلى المزمن بعكس الحاد ينتج عنه تشوهات عظيمة ممتدة فى المفاصل المصابة بالنسبة لشكلها وحركتها ويعتبر من اهم الاسباب واغلبها انتاجا للروماتزم المفصلى المزمن التأثير المستمر للبرد وذلك كالمساكن البادرة الرطبة والصنايع التى تحدث تبريدا مستمرا على سطح الجسم أو بعض اجزائه وبهذا يوجه كثرة حصول هذا الداء عند الفقرا كالممتهنات فى الخدمة وا غسالات ونحو ذلك وقد نسب بعض المؤلفين للتوارث مدخلا فى احداث هذا المرض والتوارث هنا بالمعنى المطلق اعنى ليس توارث هذا الداء بعينه بل كذلك الروماتزم المفصلى الحاد بل والنقرس واما مسألة اشكال بعض الروماتزم المفصلى المزمن الناشئة عن اضطرابات عصبية فسنتعرض لها فيما بعد

﴿الاعراض والسير﴾

الآفات المفصلية المعبر عنها بالروماتزم المفصلي المزمن تختلف اختلافا عظيما في ظواهرها بحيث ينبغي شرحها على اختلاف اشكالها ومع ذلك فيعسر جعل حد فاصل بين كل منها على حدته فالاشكال الخفيفة من هذا المرض تتصف ابتداء بدرجة حساسية متزايدة أو تألم في احد المفاصل أو كثير منها سواء كانت من المفاصل العظيمة كالركبة والكتف او الصغيرة كاليد والاصابع والقدم وبالضغط على المفاصل أو تحريكها تحصل الام وقد يحصل ارتقاء في الحساسية بل والم حقيقي من ذاته وهذا يمتد من مفصل الى مفصل او يتشعع على الطرف بتمامه وهذا الثوران قد يصادف حصوله وقوع تغير في الجو أو يسبقه (وهو المسمى بالروماتزم الطقسي) والمفاصل في الاشكال الخفيفة من هذا المرض تكون غير متغيرة او قليلة التغير جدا واما في زمن الثوران والتثاقل فيحصل فيها انتفاخ بسبب الانتفاخ الالتهابي للطبقة الغمدية والاجزاء المحيطة بالمفاصل واما الانسكابات السايلة في المحافظ المفصلية وظهور التموج في جميع اشكال الروماتزم المفصلي المزمن فنادر وهذا ما يسمى بالالتهاب المفصلي الجاف وانما قد يحصل في اثناء دور ثوران الالتهاب نضح مصلي وليس لهذا الالتهاب ميل للتقيح وتسوس المفاصل ولا تتكون نواصير فيها مطلقا والحمى تفقد بالكلية غالبا أو قد تظهر ظهورا وقتيا في اثناء ثوران الآفة المفصلية أو بسبب احوال طارئة اخر كالاصابات الغشائية المخاطية النزلية أو الروماتزم المفصلي ونحو ذلك وسير مثل هذه الاشكال الخفيفة مستطيل مزمن عادة وفيه ميل للنكسات ومع ذلك فشفاؤه التام المستمر ليس بنادر ولا سيما في الاحوال التي فيها يكون للمريض قدرة على الامتناع الكلي من المؤثرات المضرة للبرد لكن الغالب ان مثل هذه الاصابات المفصلية الخفيفة تترك في الاهمال مدة من الاشهر بل والسنين خصوصا عند الفقراء ولا سيما كون الصحة العامة جيدة حتى تصير حالة المفاصل غير جيدة بالكلية واما اشتراك القلب والاعضاء الباطنية في الاصابة فنادر جدا في الروماتزم المفصلي المزمن

كما ذكرناه ولكنها قد تحصل احيانا كما شاهده بعض المؤلفين الفرنساويين ولو مع اصابات مفصلية خفيفة جدا وحينئذ يكون سيرها خفيا للغاية

اما الاشكال الثقيلة المتقدمة من هذا المرض ففيها لا تكون المفاصل منتفخة فقط بل انها بواسطة انكماشها التدريجي وقصر المنسوجات الليفية المحيطة بها كالاربطة والاوتار والصفاقات تكون معاقة بالكلية في حركتها ومنثنية كثيرا أو قليلا أو موضوعة وضعا معيبا أو مخلعة نصف انخلاع وقد يحصل تشوه واضح في مفاصل الاصابع فتكون مفاصل المشط مع السلاميات منتفخة انتفاخا عظيما وجميع الاصابع ماعدا الابهام مخلعة نصف انخلاع الى الوحشية اى الى جهة الزند بحيث انها تكون مع عظام الرسغ زاوية منفرجة وعند استمرار هذا الداء جملة من السنين تفقد المفاصل المصابة منفعتها بالكلية كما انها تحدث الاما واحساسا بأز يزاحيانا وينتهى الحال بجساوة بعض المفاصل بالكلية وحيث ان عضلات الطرف المصاب تقع في الضمور بالكلية فيظهر ولابد غلظ المفاصل ويتضح ومثل هذه الاحوال العتيقة المتقدمة وان كانت لا تهدد الحياة لا تسمح بشفاء التغيرات الموضعية ومع المقابل يعتبر فيها من النتائج العظمى في المعالجة امكان زوال التغيرات الالتهابية الخفية للمفاصل وتأألمها زوالا مستمرا وكثير من المؤلفين من يعتبر كذلك من اشكال الروماتزم المفصلى المزمن ما يسمى بالروماتزم المفصلى المشوه وفى الحقيقة هو بعض الالامات المفصلية التى تعد ولابد من اشكال الروماتزم المفصلى المزمن فيكتسب على طول الزمن صفات الروماتزم المشوه وهذا الشكل يؤدى لتشوهات عظيمة جدا فى المفاصل المصابة وذلك انه لا يعترى الاجزاء الرخوة المفصلية تغيرات واضحة فقط بل ان هذه التغيرات تتضح اتضاحا عظيما فى الغضاريف والعظام المفصلية وهذه التغيرات عبارة عن نمو مرضى فى الغضاريف والاطراف العظمية والمفصلية من جهة ومن جهة اخرى عن استحالة مرضية وضمور فيحصل فيها ابتداء تبعا لفالكمن نمو وتحن فى الغضاريف المفصلية وفى اثناء ذلك يحصل فى اجزائها القريبة من العظام تعظم والانتفاخ الغضروفى العظمى الحاصل بهذه الكيفية يشغل

الاسطحة المفصلية فيكون فيها بروزات وانتفاخات تحدث تحولا فى محل اندغام المحافظ والاربطة المفصلية وبذا تعاق حركاتها الطبيعية ويعقب هذا التغير فى الحال التى فيها الاسطحة المفصلية تؤثر على بعضها بالاحتكاك والضغط تغير ضمورى وتلاش فتنمحى الغضاريف والاسطحة العظمية المتعرية المتكاثفة بتكونات جديدة فيظهر انها منبرية ورؤس العظام مفرطحة والتجاويف المفصلية كثيرة الغور والاتساع بحيث ان رأس العظم قد يترك حفرته الطبيعية ويتخذ حفرة جديدة والمحفظة الزلالية يعتريها تخن وامتداداتها خصوصا عند انعطافها على العظام تكون امتدادات خيطية قد يتكون فيها قطع غضروفية عظيمة فى التجاويف المفصلية وان هذه التكونات المسماة بالجسيمات المفصلية تكون سائبة فى تجويف المفاصل وهذا الالتهاب المفصلى المشوه كباقى اشكال الاصابات المفصلية الروماتزمية ليس له ميل للتقيح وكذا يندر حصول انكيابات مصلية فيه وانما يحتوى التجويف المفصلى على افراز قليل

ولقد أشرنا فيما تقدم الى ان آراء المؤلفين مختلفة من حيثية التناسب بين الالتهاب المفصلى المشوه والالتهاب المفصلى الروماتزمى المزمن وفى الحقيقة لاينكر انه يوجد زيادة عن أحوال الالتهاب المفصلى المشوه التى نشأت بكيفية تدريجية عن الروماتزم المفصلى المزمن أحوال تنشأ ولا بد بكيفية أخرى فمثلا قد ينشأ التهاب المفصل المرفقى المشوه عن مؤثرات جرحية كما وان هناك احوالا مهمة يلزم معرفتها من التهابات مفصلية مشوهة يظهر انها تنشأ عن تأثير اضطراب عصبى وقد زعم كل من الطبيب ريمالك ويفيد كت ان الآفة المفصلية التى نحن بصددها تعتبر نتيجة لحالة تهيجية فى النخاع الشوكى العظيم السمباتوى بل ولقد بالغ الاول فى تسميته هذه الافة بالالتهاب النخاعى الشوكى وأول من نبه على حصول آفة مفصلية فى أثناء سير السل النخاعى هو المعلم شركو وقال ان هذه الآفة المفصلية تقرب من الالتهاب المفصلى المشوه وان لم تكن مماثلة له بالكلية وكذا الميل العظيم للآفة المفصلية المشوهة فى الظهور على صفة متساوية فى مفاصل مماثلة لبعضها من جهتى الجسم والامر المعلوم من انه بجوار الآفة المفصلية توجد تغيرات

اخر ناشئة عن اضطراب عصبى غذاى لاسيما الضمور العضلى التدريجى يرجح القول بكيفية الظهور والاصول ومن الجائز انه يمكننا فى المستقبل تقسيم الافات المفصلية المعبر عنها بالالتهاب المفصلى المشوه الى جملة انواع بل والان يميز لهذا الداء نوعان الاول الالتهاب المفصلى المشوه الدائرى وهو الذى يصيب ابتداء المفاصل الصغيرة للاصابع والكف والقدم ويمتد بالتدريج منها الى المفاصل العظيمة (وهذا الشكل هو المعبر عنه عادة بالروماتزم المفصلى المزمن) والنوع الثانى هو الالتهاب المفصلى المشوه المركزى المسمى ايضا بالشيخوخى وهو الذى يصيب ابتداء المفاصل العظيمة القريبة من الجذع كالمفصل الحرقفى الفخذى والكتفى والعضدى والركبتين ولاسيما المفاصل الفقرية (وهو الالتهاب المفصلى الفقرى المشوه) وهذا الشكل لا يظهر بالتسامت دائما وحينئذ يطابق الداء الحرقفى الشيخوخى ويؤدى لتغيرات عظيمة فى شكل المفاصل واضطراب حركتها وكذا الى انحناآت وتقوسات فى العامود الفقرى مع اضطراب النخاع الشوكى والالتهاب المفصلى المشوه لايخاطر بالحياة مالم تطرأ مضاعفات لكن الامل بالشفاء يكاد لايوجد فانه متى ابتدأ هذا الداء يأخذ فى التقدم شيأ فشيأ ولو مع وقوف وتحسين وقتى وهلم جرا الى منتهى الاجل

﴿المعالجة﴾

شكل الروماتزم المفصلى المزمن القاصر على مفصل واحد يستدعى معالجة موضعية واما الروماتزم المفصلى المزمن المنتشر فانه يحتاج على الخصوص الى معالجة عمومية .

فالمعالجة الموضعية يوصى فيها فى احوال نادرة اثناء ثوران الالتهاب بالاستفراغات الدموية الموضعية بارسال العلق أو المحاجم التشريطية على المفصل المصاب ومن الوسايط الموضعية استعمال الجواهر المحمرة للجلد أو المحدثة لالتهاب سطحى وذلك [illegible] باسم ابوديلدوك والمروخ النوشادرى الطيار وروح الكافور وغيرها من المروخات ذات الرائحة المقبولة كالمخلوط الزيتى البلسمى ونحو ذلك وهذه الجواهر مهما كان الاعتقاد فيها نعترف ولابد بأن منفعتها آتية من الفعل الميخانيكى لليد لا

من تأثيرها الدواى واما استعمال الخردل أو الدلك بروح الخردل الذى به
يحمر الجلد احمرارا وقتيا فله ولابد فائدة ملطفة وقد يتحصل باستعماله
المستمر على تحسين ثابت والدلك بالوراترين مع الكلوروفورم ينتج عنه
ولابد احساس مخصوص فى الجلد يكون هو السبب فى فعله المجول ولقد
استعملنا مع النجاح فى الاحوال الخفيفة مخلوطا مكونا من ٣ الى ٥
دسيجرام من الوراترين مع ١٥ جرام من الكلوروفورم ومخلوطا زيتيا
مهيا ٦٠ جراما واقوى من المحمرات فى التأثير المنفطاة التى من جملتها الدلك
بصبغة اليود اذ باستعمالها تنفصل البشرة ايضا بل وان استعملت غير مخففة
ينتج عنها تنفيط واقوى المصرفات فى هذا الداء الذى نعتبر انه اقوى من
الحديد المحمر والمقص القشلشل القوى الساخن على جلد المفصل المريض اذ
باستعماله يشاهد احتقان واضح فى الجلد يستمر جملة ساعات وبه يسرع
الامتصاص وزيادة عن الوسايط الموضعية السابق ذكرها التى ينضم لها
استعمال الشمعات الراتنجية والمسكنة والدلك بالمرهم اليودى او محلول
لمحلول اليودى واستعمال اللصق الرقيقة الورقية أو فروة بعض الحيوانات أو
القطن المجهز أو غير المجهز نوصى ولابد باستعمال رباط ضاغط خفيف
فى جميع الاحوال التى فيها لا يكون التغير المفصلى عميقا جدا
بحيث لا يأمل فى حصول امتصاص المواد المتكاثفة فيه كلا او بعضا ونحن
استعمل بكثرة الرباط الضاغط المصنوع من المقوى والقطن كما سبق شرحه فى
الروماتزم المفصلى الحاد وانما نوصى فى الافات المفصلية الروماتزمية باستعمال
هذا الرباط الضاغط وقتيا مدة بعض ايام ثم تركه واستعمال الحركات
المتعدية والدلك على المفصل المريض ومن الطرق العلاجية القوية التأثير
والمنفعة فى الروماتزم المفصلى المزمن يعتبر بعض المؤلفين الآن استعمال
التيار الكهربائى المستمر الصاعد بل ذكر زيماك انه تحصل منه
على تحسين عظيم وتسكين الالام حتى فى احوال الالتهاب المفصلى المشوه
واما المعالجة العامة التى هى المهمة الوحيدة فى احوال الروماتزم المفصلى
المزمن المتعدد والتى تساعد بالكلية المعالجة الموضعية فى المنفرد فاهمها
انجحها استعمال الحمامات الفاترة فان عدة من الاشخاص شفيت

ولابد

ولابد من استعمال المعالجة بالحمامات فى نحو ولدباد اوجستين أوفيفر اوراجانس أونو يلندر أوفريزبادن أونوهيم أوريمى أوخلوان أوبورصه شفاء تاما بعد استعصاء الروماتزم عندهم على جميع الطرق العلاجية كما لا ينكره كل طبيب مشتغل بالطب العملى وله تجارب متسعة والامر المعلوم من ان جملة من الينابيع الحارة المختلفة التركيب الكيماوى وكذا التى ماؤها لا يحتوى الا على قليل من الجواهر المعدنية المشهور جميعها فى معالجة الروماتزم المزمن يؤيد ولا بد كون المهم فى معالجة الروماتزم المفصلى المزمن هو الاستحمام بالماء الفاتر وليس الاستحمام بهذا أو ذاك من المحلولات المعدنية الطبيعية ولذا انه من حيثية انتخاب الحمام تلاحظ بغية المريض وحالته الدنيوية وانما يفضل عند الاشخاص الكثيرى الحساسية وعند وجود الام عظيمة الحمامات الفاترة البسيطة أو المياه المعدنية الحارة الخفيفة جدا واما فى الاحوال العتيقة المزمنة فتفضل الحمامات المشتملة على كمية عظيمة من الكبريت أو ملح الطعام أو الخلاصات الراتنجية أو نحو ذلك المحدثة لتهيج شديد فى الجلد واكثر الحمامات شهرة فى معالجة الروماتزم المفصلى المزمن الحمامات الملاحية او الطينية المعدنية فى مريم باد اوفرنسنباد أونيلدس اوطين مياه ابجه بجشمه ونحو ذلك والحمامات المنتظمة الكاملة الاخيرة فى المرستانات يتحصل منها على نجاح عظيم فى الروماتزم المفصلى المزمن مثل ما يتحصل عليه فى ينابيع اخن وتبلدس وولدباد الحارة واما فى الطب العملى فيعسر ولا بد اجراء معالجته بالحمامات مع الاحتراس والدقة فى بيت المريض ولذا يفضل ارسال المرضى التى تسمح حالتهم الدنيوية الى احد الينابيع السابق ذكرها وحرارة الحمامات يكفى فيها ان تكون من ٢٨ الى ٣٠ ريومور بل ويفضل ذلك عن درجات الحرارة العالية واما الحمامات البخارية المسكوبية فهى واسطة علاجية قوية ولا تفضل الا عند الاشخاص الاقوياء البنية والذين لم يوجد عندهم اضطرابات جسمية باطنية ويظهر تبعا للتجارب التى فعلت فى ولدباد وغيرها من الحمامات ان من الجيد استطالة زمن الحمام شيأ فشيأ بحيث ان المرضى نحو انتهاء المعالجة تمكث فى الحمام نحو الساعة أو ازيد ومن المهم جدا حفظهم بعد الحمام من

تأثير البرد مع الدقة فيوصى ان سمحت قواهم بتركهم يعرقون وهم مغلفون
فى احرمة من الصوف ويكرر الحمام الحار قدر ٢٨ أو ٣٠ مرة
بعد الاخرى و يظهر حقيقة انه لا ينبغى تكرارها زيادة عن ذلك فيفضل ان
كان النجاح غير تام ويكون تكرار المعالجة بعد بعض اشهر وفى اماكن المعالجة
بالماء البارد لا تشفى المرضى المصابة بالروماتزم المفصلى المزمن سيما ان كان
الداء غير حديث واستمر زمنا طويلا بل قد تزداد حالتهم واما فى الاحوال
الحديثة من هذا الداء فيظهر ان المعالجة بالماء البارد تكون ذات تأثير جيد
احيانا واما الجواهر الدوائية المستعملة ضد الروماتزم فأشهرها صبغة عز
اللاح بأن يؤخذ منها قدر ١٥ جرام مع خلاصة الاكونيت اى خانق
الذئب بقدر ٣ جرام وصبغة الافيون ٣ جرام ويعطى كل يوم من ١٥
الى ٢٠ نقطة اربع مرات ولذا كانت كثيرة الاستعمال فى الروماتزم المفصلى
المزمن لكننا نتأسف من كوننا لا نعرف حق المعرفة الاحوال التى
تستعمل فيها صبغة اللاح التى لا تنكر منفعتها فى هذا المرض والاحوال التى
فيها لا يأمل من استعمالها نجاح واما صبغة خشب الانبياء الطيارة
والمركبات الانتيمونية التى كانت فى السابق ذات شهرة عظيمة فى معالجة
الروماتزم فلا تستعمل الآن الا بندرة وفى بعض احوال الروماتزم
المفصلى المزمن يظهر ان استعمال يودور البوتاسيوم بمقادير عظيمة (من
جرام الى أربعة كل يوم) جيد للغاية خصوصا عند الاشخاص القابلين
الضعف والتحسين يظهر عند استعماله غالبا متى حصل التسمم اليودى ولذا
ينبغى المداومة على استعماله الى ان يتضح الزكام أو الطفح اليودى على الجلد
و بالنسبة للنجاح العظيم الذى تحصلنا عليه فى العصر المستجد من استعمال
حمض الصفصافيك فى الروماتزم المفصلى الحاد قد صار الامل فى الحصول
على فائدة فى الروماتزم المفصلى المزمن بواسطة هذا الجوهر الدوائى لكن
الى الآن نجاح هذا الحمض فى الداء الذى نحن بصدده مشكوك فيه
وعلى كل حال فمن الاكيد ان منفعته الواضحة هنا لا تقرب من منفعته فى
الروماتزم المفصلى الحاد والتدبير الصحى يختلف بالنسبة للاحوال الحديثة
وعند الشبان عن الاحوال العتيقة وعند الشيوخ ففى الحالة الاولى ينبغى

متى

